PCS
Partenaires Contre le Sida

GUIDE PRATIQUE
DES PROGRAMMES DE SANTÉ EN ENTREPRISE

afd
Agence Française de Développement

SÉRIE PRATIQUE N°3

Auteurs :
Charles Defrance, Thomas Miklavec (Sanisphere)
en collaboration avec Laurent Aventin (PCS), Félix de Marliave (PCS),
Jean Loup Rey (GIPSE) et Olivier Vilaça (Indépendant)

GUIDE PRATIQUE
DES PROGRAMMES DE SANTÉ EN ENTREPRISE

AVRIL 2010

TABLE DES MATIÈRES

GUIDE DES PROGRAMMES DE SANTÉ EN ENTREPRISE

LISTE DES ACRONYMES 6

LISTE DES TABLEAUX ET ILLUSTRATIONS 7

AVANT-PROPOS 8

PARTIE 1 9

Comprendre le VIH/sida, le paludisme et la tuberculose

FICHE 1 Le VIH/sida 10

FICHE 2 Le paludisme 13

FICHE 3 La tuberculose 16

PARTIE 2 19

Les moyens de lutte contre le VIH/sida

FICHE 4 Sensibilisation et prévention 20

FICHE 5 Les programmes de Pairs-Educateurs 24

FICHE 6 Le dépistage du VIH/sida 28

FICHE 7 L'accompagnement de la prise en charge du VIH/sida 31

PARTIE 3 35

Les moyens de lutte contre le paludisme

FICHE 8 L'IEC pour le paludisme 36

FICHE 9 Le contrôle vectoriel 39

FICHE 10 Moustiquaire et protection individuelle 43

FICHE 11 La protection spécifique des personnes à risque 47

FICHE 12 L'accompagnement de la prise en charge du paludisme 50

PARTIE 4 53

Les moyens de lutte contre la tuberculose

FICHE 13 IEC et prévention de la tuberculose 13

FICHE 14 Le dépistage de la tuberculose 56

FICHE 15 Accompagner la prise en charge de la tuberculose 59

PARTIE 5 63

Les moyens de lutte contre les autres maladies

FICHE 16 La santé de la mère et de l'enfant 64

FICHE 17 Les maladies de civilisation 67

PARTIE 6 71

La gestion de programme : phase préparatoire et gestion opérationnelle

FICHE 18 L'analyse de la situation 72

FICHE 19 Les études CAP 78

FICHE 20 La promotion du programme en interne 82

FICHE 21 La définition d'un programme intégré (1/2) : la stratégie 86

FICHE 22 La définition d'un programme intégré (2/2) : le cadre logique 91

FICHE 23 Les acteurs de la lutte contre les 3 pandémies 93

FICHE 24 Les partenariats 96

FICHE 25 La gestion de projet 102

FICHE 26 Le suivi-évaluation 104

LISTE DES ACRONYMES

ACT	Artemisinin Combined Treatment
ARV	Anti-Rétroviraux
BCG	Bacille Calmette Guérin
BK	Bacille de Koch
CAP	Connaissances Attitudes Pratiques
CCM	Comité de Coordination Multisectoriel
DNID	Diabète Non InsulinoDépendant
DOT	Directed Observed Treatment
IEC	Information Education Communication
IMC	Indice de Masse Corporelle
IRS	Indoor Residual Spraying
IST	Infection Sexuellement Transmissible
HSE	Hygiène Sécurité Environnement
HTA	Hypertension Artérielle
MII	Moustiquaires Imprégnées d'Insecticides
OMS	Organisation Mondiale de la santé
PE	Pair-Educateur
PEV	Programme Elargi de Vaccination
PNLP/PNLS	Programme National de Lutte contre le Paludisme / contre le Sida
PTME	Prévention de la Transmission Mère-Enfant
PVVIH	Personne Vivant avec le VIH
RSE	Responsabilité Sociale des Entreprises
SIDA	Syndrome d'Immunodéficience Acquise
TPI	Traitement Préventif Intermittent
VCT	Voluntary Counselling and Testing
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine

LISTE DES TABLEAUX ET ILLUSTRATIONS

Figure 1 Prévalence du VIH/sida chez les adultes en Afrique, ONUSIDA, 2007

Figure 2 Fréquence observée des principales manifestations du paludisme

Figure 3 Estimation des coûts annuels respectifs de 5 moyens de protection individuelle utilisés pour une famille de 5 personnes, dormant dans 3 lits différents disposés dans 2 pièces

Figure 4 La chimioprophylaxie du paludisme selon les zones de résistance à *P. falciparum*, tableau adapté à partir des recommandations de l'OMS

Figure 5 Typologie de la corpulence en fonction de l'Indice de Masse Corporelle

Figure 6 Tableau comparatif des forces et faiblesses des études qualitatives et quantitatives

Figure 7 Feuille de calcul - coût du VIH/sida

Figure 8 Feuille de calcul - coût du paludisme

Figure 9 Mise en évidence de l'impact économique et humain du VIH/sida sur l'entreprise et des bénéfices attendus d'un programme

Figure 10 Le cadre logique

Figure 11 Différents partenaires, différents partenariats et différentes approches

Figure 12 Les indicateurs de mise en œuvre d'un programme contre le VIH/sida

Figure 13 Les indicateurs de mise en œuvre d'un programme contre le paludisme

Figure 14 Les indicateurs de résultat d'un programme contre le VIH/sida

Figure 15 Les indicateurs de résultat d'un programme contre le paludisme

Figure 16 Le gain net d'un programme

AVANT-PROPOS

L'ambition de cet ouvrage est de fournir un support à l'action de toute personne qui, au sein de son entreprise, est impliquée dans la conception, la mise en oeuvre et la gestion de programmes de santé à destination des employés :

- **En offrant en un même document une vision élargie des opportunités qui s'offrent à l'Entreprise pour améliorer les conditions de santé de ses employés.**
  Une littérature abondante et de qualité est déjà disponible sur les programmes de lutte contre le VIH/sida en entreprise. Les supports sont plus rares sur le paludisme, la tuberculose, la santé de la mère et de l'enfant et les maladies de civilisation.

- **En offrant l'information et les outils essentiels à la mise en place d'un programme de santé, accompagnés des références indispensables au lecteur désireux d'aller plus loin.**
  Chaque sujet mériterait à lui seul un ouvrage dédié. Ce document se veut une synthèse accessible de l'existant, retenant l'information clé et apportant une orientation éclairée vers les sources pertinentes lorsqu'un approfondissement est nécessaire.

Sa vocation est de sensibiliser à l'importance du rôle que l'entreprise peut décider de jouer sur le plan sanitaire, aux moyens d'action dont elles disposent et aux approches appropriées à une mise en œuvre efficace. En aucun cas ce guide ne constitue un ouvrage de référence à la prise en charge des pathologies mentionnées, laquelle relève des politiques nationales et du médecin.

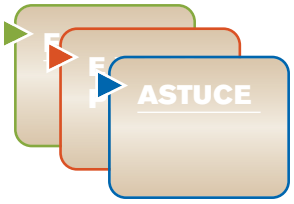
La première partie de l'ouvrage est principalement informative, apportant les connaissances de base sur le VIH/sida, le paludisme et la tuberculose (Partie 1) et sur les techniques de lutte : prévention, dépistage, accompagnement de la prise en charge… (Parties 2 à 5)
La seconde partie est d'une nature plus pratique, apportant un cadre et des outils à la conception, la gestion et l'évaluation de programmes de santé.

Pour faciliter le parcours du lecteur, chaque fiche est composée d'encadrés de différente nature :

Un encadré résumant l'essentiel du contenu de la fiche est présenté en début de fiche.

Une partie intitulée « Pour en savoir plus » où l'on retrouve des références bibliographiques spécifiques aux thèmes abordés dans chaque fiche est présentée en fin de chaque fiche.

Un encadré indiquant les étapes de mise en œuvre pour chaque fiche à l'exception des fiches informatives (1, 2, 3 et 23)



On trouvera également d'autres items et encadrés selon les fiches :
- Encadré vert, les informations saillantes : « FOCUS »
- Encadré rouge, les exemples de terrain : « EXEMPLES »
- Encadré bleu, les mises au point « ASTUCES »

L'Équipe de Partenaires Contre le Sida (PCS)

PARTIE 1

GUIDE DES PROGRAMMES DE SANTÉ EN ENTREPRISE

Comprendre le VIH/sida, le paludisme et la tuberculose

FICHE 1 Le VIH/sida

L'ESSENTIEL

- **Le VIH, Virus de l'Immunodéficience Humaine, infecte et détruit progressivement les cellules chargées de la défense immunitaire.**
- **Les relations sexuelles sont le principal mode de transmission du VIH. Le virus se transmet aussi par voie sanguine ainsi que de la mère à l'enfant lors de la grossesse, de l'accouchement ou de l'allaitement.**
- **Le SIDA, Syndrome d'ImmunoDéficience Acquise, est le dernier stade évolutif de l'infection par le VIH, caractérisé notamment par l'apparition de maladies opportunistes du fait de l'affaiblissement du système immunitaire. Ce sont ces maladies opportunistes qui sont à l'origine des décès liés au VIH/sida.**
- **Il n'existe pas de vaccin contre le sida et une infection par le VIH ne peut se guérir. Cependant, l'amélioration des traitements médicaux permet aux patients du sida de continuer à vivre.**

Le VIH/sida touche particulièrement les pays en développement. Sur les 33,4 millions de personnes dans le monde vivant avec le VIH/sida en 2008, 67% sont en Afrique subsaharienne, 11% en Asie du sud-est et 6% en Amérique latine et du sud[1].

L'infection par le VIH

- L'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) est le résultat de la pénétration et du développement du virus dans certaines cellules de l'organisme. Les cellules atteintes sont essentiellement des lymphocytes CD4, chargés de la défense immunitaire.
- En se multipliant, le VIH va entraîner la destruction des lymphocytes CD4, ce qui va affaiblir le système immunitaire et favoriser l'apparition de nombreuses infections opportunistes.
- Les infections opportunistes sont des infections qui naturellement ne se manifestent pas toutes par des signes cliniques (ne rendent pas malade) mais qui deviennent pathogènes lorsque les défenses de l'organisme sont affaiblies.
- Deux principaux types de virus ont été découverts, le VIH-1 et le VIH-2. Moins virulent que VIH-1 et d'évolution plus lente, VIH-2 sévit principalement en Afrique de l'Ouest.

FOCUS

La tuberculose,
une des principales infections opportunistes

En Afrique, la plupart des sujets sont infectés par le bacille de la tuberculose (BK). L'immunodépression due au VIH va multiplier le nombre de cas de tuberculose maladie.

En 2007, 450 000 personnes séropositives sont décédées des suites de la tuberculose. 80% des personnes vivant avec le VIH et la tuberculose sont en Afrique subsaharienne (source OMS).

1 ONUSIDA & OMS /Faits et chiffres mondiaux data.unaids.org/pub/FactSheet/2009/20091124_FS_global_fr.pdf

De la primo-infection à la maladie

- Dans les jours qui suivent l'infection **(primo-infection**), les personnes ont le plus souvent de la fièvre, des maux de tête, des douleurs musculaires… symptômes qui disparaissent ensuite sans traitement particulier.

- L'infection passe alors dans une phase d'**infection asymptomatique** pendant laquelle l'organisme fabrique des anticorps contre le VIH. Les sujets infectés deviennent séropositifs (présence d'anticorps dans le sang) entre 1 et 3 mois après la primo-infection. Le virus peut vivre dans l'organisme pendant de nombreuses années sans provoquer de symptômes.

Note : Une personne séropositive peut infecter une autre personne sans pour autant présenter de symptômes.

- L'infection entre ensuite dans la phase d'**infection symptomatique** caractérisée par la manifestation de divers symptômes persistants : fièvre, perte de poids, diarrhées, sueurs nocturnes, gonflement des ganglions, infections de la peau… qui caractérisent la maladie Sida.

- Lorsque le virus est de plus en plus présent dans l'organisme et que les lymphocytes CD4 sont de moins en moins nombreux, le système immunitaire n'arrive plus à lutter. C'est la phase où se multiplient les **infections opportunistes** et durant laquelle le syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA) entraîne une dégradation importante de l'état général en l'absence de traitements appropriés.

FOCUS

3 critères pour poser l'indication d'un traitement par ARV
- Confirmation de l'infection au VIH (test sanguin)
- Nombre de CD4 inférieur à 350 par mm^3 de sang
- Présence d'une ou plusieurs infections opportunistes (pneumonie, cancer de la peau, tuberculose…)

FOCUS

Prévalence et incidence
- La prévalence désigne le nombre de cas à une date donnée, dans une population donnée.
- L'incidence est le nombre de nouveaux cas notifiés pendant une période donnée.

La transmission du VIH

- Le virus ne peut pas vivre à l'extérieur des cellules hôtes (essentiellement des lymphocytes CD4). La transmission du VIH d'un sujet à un autre se fait donc par la transmission de cellules infectées.

- **Le VIH se transmet exclusivement par :**
  - **Les rapports sexuels** (non protégés, avec pénétration par voie vaginale ou anale) principal mode de transmission du VIH.
  - **Les relations mère-enfant au cours de la grossesse, de l'accouchement ou de l'allaitement au sein.**
  - **Les transfusions sanguines** ou de produits sanguins à partir d'un don de sang infecté par le VIH ou par l'intermédiaire de matériel d'injection réutilisé sans stérilisation.

FOCUS

La transmission sexuelle reste le principal mode de transmission du VIH dans le monde. La transmission mère enfant représente également un grand nombre de nouvelles infections. Chez les nourrissons et les enfants, on considère que plus de 90 % des nouvelles infections surviennent suite à une transmission mère-enfant du VIH. (1)

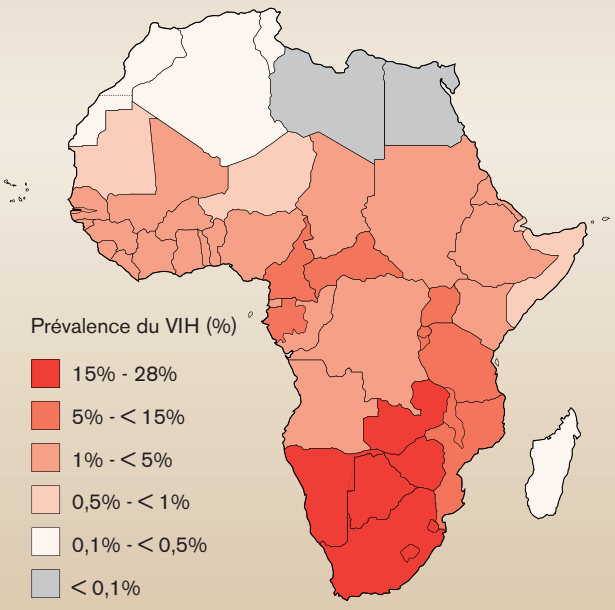
FOCUS

L'Afrique, le continent le plus touché par le VIH/sida

L'Afrique est un continent où VIH-1 et VIH-2 circulent depuis longtemps. La situation est cependant très hétérogène, comme le rappelle la carte ci-dessous.

Figure 1

Prévalence du VIH/sida chez les adultes en Afrique, ONUSIDA, 2007



- Le VIH ne se transmet donc pas par les contacts sociaux (baisers, poignées de main), ni par voie digestive (sauf chez le nourrisson), ni par les piqures de moustique.

- Plusieurs facteurs favorisent la transmission du VIH/sida :

  - La présence d'IST (infections sexuellement transmissibles). Inversement, l'infection par le VIH favorise les IST,

  - Les rapports sexuels violents (viols), maladroits,

  - Les rapports au cours des règles,

  - L'absence de circoncision de l'homme,

  - Le stade avancé de la maladie chez le donneur (quantité élevée de virus dans le sang, faible nombre de CD4),

  - les rapports anaux.

Note: l'usage du préservatif protège contre les risques de transmission sexuelle du VIH.

Pour en savoir +

- **Centre de connaissances de l'ONUSIDA**
  http://www.unaids.org/fr/KnowledgeCentre/default.asp?source=google&medium=cpc&term=onusida&name=UNAIDS-FRENCH

- **Site Aids Info Schweiz**
  http://www.aids-info.ch/index_f.htm

FICHE 2 Le Paludisme

Un parasite, le *Plasmodium*, agent du paludisme

- Cinq espèces de *Plasmodium* sont responsables du paludisme humain : *Plasmodium falciparum*, *P. vivax*, *P. malariae*, *P. ovale* et *P. knowlesi*.
- Les caractéristiques du paludisme varient selon l'espèce parasitaire : apparition des symptômes (8 à 10 jours pour *P. falciparum*, jusqu'à plusieurs semaines pour les autres), gravité de la maladie (accès potentiellement mortels pour *P. falciparum* et exceptionnellement pour *P. vivax* et *P. knowlesi*, paludisme à rechute pour *P. malariae*, *P. vivax* et *P. ovale*).
- Le *Plasmodium* se développe selon un cycle réalisé tour à tour chez le moustique et chez l'homme. Il passe de l'un à l'autre par les piqûres.
- L'accès palustre chez l'homme correspond à un éclatement des globules rouges infectés par les parasites.

Un moustique, l'anophèle, vecteur du paludisme

- L'anophèle femelle est dit vecteur du paludisme : il assure une partie du cycle des Plasmodium ainsi que leur transmission.
- Son développement passe par deux grandes phases, une phase aquatique d'une dizaine de jours et une phase aérienne (moustique adulte) d'un mois environ.

FOCUS

Un moustique qui pique la nuit

- Le vol de l'anophèle est plus silencieux que celui d'autres espèces de moustiques.
- Les anophèles femelles piquent toute la nuit, même si la plupart des espèces piquent majoritairement après minuit.
- Dans tous les cas, le risque existe du coucher au lever du soleil.

L'ESSENTIEL

- **Le paludisme est une maladie grave, multiforme et parfois mortelle due à un parasite, le Plasmodium.**
- **Le parasite a pour hôte l'homme et l'anophèle, un moustique qui se nourrit la nuit et transmet le Plasmodium à l'homme par ses piqûres.**
- **Les différentes formes d'accès palustres peuvent être classées en deux catégories, les accès simples et les accès graves.**
- **Les accès simples sont caractérisés par différents symptômes : fièvre, fatigue, maux de tête, troubles digestifs…**
- **Les accès graves sont à l'origine de diverses complications potentiellement mortelles.**
- **En zone d'endémie, les individus développent une immunité partielle qui les protège en général de l'évolution vers l'accès grave.**
- **Cette semi-immunité reste imparfaite et fait partiellement ou totalement défaut aux enfants en bas-âge, aux femmes enceintes et à l'embryon, aux personnes affaiblies par certaines maladies et aux sujets neufs (expatriés non-immuns du Nord).**

FOCUS

Un moustique qui pique la nuit

- Le vol de l'anophèle est plus silencieux que celui d'autres espèces de moustiques.
- Les anophèles femelles piquent toute la nuit, même si la plupart des espèces piquent majoritairement après minuit.
- Dans tous les cas, le risque existe du coucher au lever du soleil.

Figure 2

Fréquence observée des principales manifestations du paludisme (Centre Médical de l'US Navy)

Manifestation	Observée
Fièvre	>95 %
Maux de tête	80%
Douleurs musculaires	60%
Foie ou rate palpable	30%
Nausées et vomissements	25%

- Les lieux de ponte de l'anophèle (ou gîtes larvaires) sont ensoleillés ou ombragés selon les espèces ; l'eau doit être relativement propre (faiblement polluée, peu boueuse) stagnante et subsister au moins une quinzaine de jours pour permettre le développement des larves.

Le paludisme, accès simples et accès graves

Les différentes formes d'accès palustres peuvent être classées en deux catégories principales, les accès simples et les accès graves.

- **L'accès simple se caractérise par une fièvre brutale, intense et courte** (accès de quelques heures), qui s'accompagne le plus souvent de fatigue, de maux de tête, de frissons puis de sueurs… (voir tableau ci-contre).

- Les symptômes digestifs et gastriques (vomissements et diarrhées) se retrouvent surtout chez l'enfant.

- La répétition des accès simples affaiblit l'organisme et augmente progressivement la taille de la rate.

- Presqu'exclusivement dû à *P. falciparum*, l'**accès grave est caractérisé par une ou plusieurs complications** : anémie sévère, coma, convulsions généralisées, hypoglycémie, œdème pulmonaire, insuffisance rénale, infections sévères, hémorragies…

- Parmi les accès graves, le neuropaludisme est le plus caractéristique. Les globules rouges parasités vont obstruer les vaisseaux irriguant le cerveau entraînant coma, convulsions et anomalies motrices.

Populations semi-immunes et populations vulnérables

- Les individus vivant dans les zones impaludées sont régulièrement soumis à des piqûres infectantes par lesquelles les moustiques leur inoculent des parasites.

- En réaction à cette présence régulière de parasites, leur organisme se défend en développant peu à peu une immunité naturelle qui les rend moins sujets aux accès simples et les protège contre l'évolution vers un accès grave.

- **Cette immunité est cependant imparfaite et les populations vivant en zone d'endémie** (hors groupes à risque, cf. ci-contre), **sont donc considérées comme semi-immunes.**

- **En zone d'endémie palustre, la semi-immunité fait partiellement défaut aux femmes enceintes, aux enfants**, aux personnes atteintes de déficits immunitaires (VIH notamment) et aux sujets quittant les zones d'endémie.

  - **Les enfants** acquièrent leur immunité au bout de 5 à 8 ans. Les enfants en bas-âge sont donc susceptibles de développer un accès grave à la suite d'un accès simple non ou mal pris en charge. Le paludisme est une des premières causes de mortalité chez les enfants de moins de 5 ans en Afrique.

  - **Les femmes enceintes** sont plus vulnérables au paludisme dans la mesure où la grossesse diminue leur semi-immunité, ce qui les rend sujettes aux complications graves liées au paludisme. L'accès peut également avoir de graves conséquences sur l'enfant (avortement spontané, prématurité, décès néonatal…)

  - **Les personnes malades** qui souffrent de maladies affectant leur système immunitaire (cas du VIH/sida) font des accès de paludisme plus graves.

  - **Les personnes semi-immunes** qui quittent une zone d'endémie pendant une période longue (plus d'un an) perdent leur semi-immunité et redeviennent peu à peu aussi vulnérables que les sujets neufs.

- **La semi-immunité fait totalement défaut aux sujets « neufs »** (qui n'ont jamais eu de contact avec le parasite et sont donc non-immuns. Ex : expatriés et voyageurs venant de régions sans paludisme). Chez ces sujets, les risques d'évolution rapide (24 heures ou moins) d'un accès simple vers un accès grave potentiellement mortel augmentent fortement.

FOCUS

« L'immunité » contre le paludisme reste toujours une « semi-immunité ». Elle est :

Partielle : aucun sujet n'est jamais complètement protégé.

Progressive : un enfant met 5 à 8 ans pour l'acquérir en étant infecté régulièrement.

Temporaire : un sujet quittant plus d'un an une zone d'endémie peut la perdre.

Variable selon les zones d'endémie et les individus: plus un sujet est piqué régulièrement, plus son immunité, en principe, est forte. L'immunité varie aussi en fonction de l'âge ou de facteurs génétiques.

FOCUS

Le paludisme reste une maladie complexe : il ne faut jamais oublier qu'un sujet semi-immun n'est jamais à l'abri d'un accès grave.

Pour en savoir +

- **Guidelines for Employer-Based Malaria Control Programmes" (WEF / Forum Economique Mondial)**
www.weforum.org/pdf/Malaria.pdf
Une introduction et un chapitre très complet consacré au cycle du parasite, aux symptômes, au vecteur, à l'immunité et aux risques.

- **"Guide Pratique de Lutte contre le Paludisme en Entreprise" (Sanisphere)**
www.sanisphere.com/pdf/Fr/Guide_Pratique_de_Lutte_contre_le_Paludisme_en_Entreprise.pdf
5 fiches pratiques sont consacrées à la maladie, au parasite, au moustique, aux populations semi-immunes et aux populations vulnérables.

- **Site Roll Back Malaria**
http://www.rollbackmalaria.org
Données épidémiologiques récentes sur
http://www.rollbackmalaria.org/keyfacts.html

FICHE 3 La tuberculose

L'ESSENTIEL

- **La tuberculose est une maladie grave potentiellement mortelle due à une mycobactérie qui infecte un tiers de la population mondiale.**
- **La tuberculose peut être pulmonaire ou extra pulmonaire (lorsqu'elle affecte d'autres organes que les poumons).**
- **5 à 10% des sujets victimes d'un premier contact avec la bactérie (primo-infection) vont développer une tuberculose maladie. Les facteurs à l'origine du passage à une tuberculose maladie sont divers : affaiblissement du système immunitaire (VIH, cancer…), dénutrition, alcoolisme…**
- **Sa transmission se fait par inhalation de germes tuberculeux projetés lors d'une toux, d'un éternuement… par une personne atteinte de tuberculose pulmonaire non ou mal traitée.**

Un tiers de la population mondiale est infecté par le bacille tuberculeux[2]. En Afrique environ 90% de la population est infectée. Sur les 9 millions de nouveaux cas et les 2 millions de décès chaque année, 95% surviennent dans les pays en développement.

Après une nette diminution du nombre de malades de la tuberculose entre 1960 et 1980, on observe depuis plus d'une dizaine d'année une recrudescence de la tuberculose dans le monde due notamment à l'extension de l'infection à VIH (notamment en Afrique).

Cette maladie invalidante et mortelle pèse sur l'entreprise : arrêts de travail, invalidités permanentes et temporaires partielles, hospitalisations, décès. AngloGold Afrique du Sud estime ainsi que chaque cas de tuberculose parmi ses employés non qualifiés coûte 410 dollars en coût d'absentéisme au travail[3].

Primo-infection et tuberculose maladie

- La tuberculose est une infection bactérienne due à *Mycobacterium tuberculosis* ou bacille de Koch. Elle peut atteindre tous les organes, mais touche essentiellement l'appareil respiratoire.
- **La primo-infection tuberculeuse** correspond au premier contact de l'organisme avec la bactérie. Dans les semaines qui suivent l'infection, le système immunitaire réagit à la présence des germes et empêche généralement leur multiplication et leur dissémination. Seuls 5 à 10 % des sujets infectés par le bacille de Koch (non infectés par le VIH) développent la maladie ou deviennent contagieux au cours de leur existence[4].
- Les sujets dont le système immunitaire est affaibli sont plus susceptibles de développer la **tuberculose « maladie »** qui consiste en une dissémination de l'infection par voie sanguine au niveau de différents organes.

FOCUS

La tuberculose,
une des principales infections opportunistes

En Afrique, la plupart des sujets sont infectés par le bacille de la tuberculose (BK). L'immunodépression due au VIH va multiplier le nombre de cas de tuberculose maladie.
En 2007, 450 000 personnes séropositives sont décédées des suites de la tuberculose. 80% des personnes vivant avec le VIH et la tuberculose vivent en Afrique subsaharienne (source OMS).

2 OMS 2010 http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs104/fr/index.html
3 WHO / ILO Geneva The contribution of workplace TB control activities to TB control in the community, 2003, pp16 http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241546042.pdf
4 OMS 2010 http://www.who.int/features/qa/08/fr/index.html

- Les facteurs de risque principaux de passage à la tuberculose maladie sont :
  - un déficit immunitaire lié à une autre maladie (infection à VIH, cancer…) ou à un traitement (chimiothérapie) ;
  - la dénutrition ;
  - l'alcoolisme.
- Il existe deux formes de tuberculose maladie :
  - **La tuberculose pulmonaire**, la plus fréquente, qui se manifeste par une toux qui dure au moins 3 semaines. Cette toux s'accompagne souvent de fièvre, de fatigues, de perte de poids, de sueurs nocturnes, de baisse de l'appétit mais aussi de troubles respiratoires et d'expectorations (crachats…) contenant parfois du sang.
  - **La tuberculose extra-pulmonaire**, qui atteint différents organes (reins, cerveau, os…), de diagnostic difficile mais non contagieuse (à de rares exceptions près).
- Sans traitement adapté, la tuberculose est potentiellement mortelle au bout de quelques mois (cf. fiche 15).

La transmission de la tuberculose

- L'homme est le seul réservoir du germe et représente le principal agent de transmission de la bactérie.
- La tuberculose est transmise par voie aérienne. Lorsque qu'une personne atteinte de tuberculose pulmonaire tousse, éternue, parle, crache…, elle projette dans l'air des bacilles tuberculeux sous forme de gouttelettes.
- Après avoir été inhalés, les germes atteignent la trachée et les bronches puis pénètrent dans les poumons. À partir des poumons, qui constituent le foyer initial, les germes peuvent être disséminés par la circulation sanguine vers d'autres régions de l'organisme.

FOCUS

Seuls les individus atteints de tuberculose pulmonaire sont considérés comme contagieux.

- Une personne qui a été infectée mais n'est pas atteinte de la maladie ne peut pas infecter son entourage, car le germe n'est pas présent dans ses expectorations.
- En l'absence de traitement, une personne atteinte de tuberculose peut infecter en moyenne 10 à 15 autres personnes en l'espace d'une année[5].

5 OMS 2010 http://www.who.int/features/qa/08/fr/index.html

VIH et tuberculose

- VIH et tuberculose accélèrent mutuellement leur progression :

  - le bacille de Koch participe à la multiplication du VIH et la tuberculose maladie accélère l'évolution de l'infection à VIH vers la maladie sida.

  - l'immunodépression due au VIH diminue la capacité du sujet à contenir l'infection par le bacille de Koch et favorise le passage à la maladie tuberculeuse. Cette immunodépression peut aussi faciliter de nouvelles contaminations par d'autres bacilles de Koch.

- Une personne porteuse du VIH et infectée par le bacille de Koch a beaucoup plus de risques de développer une tuberculose-maladie qu'une personne seulement infectée par le bacille. Le risque de développer une TB est de 3 à 13 % par an pour une personne séropositive au VIH alors qu'il est de 10 % sur toute la vie pour une personne séronégative.

- La tuberculose est ainsi une cause majeure de mortalité chez les personnes positives pour le VIH. Elle est responsable de 13 % environ des décès liés au VIH/sida dans le monde (source OMS).

Pour en savoir +

"Tuberculose" (OMS)
http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs104/fr/index.html
Pages de l'OMS sur la tuberculose. Nombreux liens, en particulier sur la stratégie DOTS et les co-infections tuberculose-VIH

La tuberculose" (Association Pulmonaire du Québec)
http://www.pq.poumon.ca/diseases-maladies/tuberculosis-tuberculose/
Synthèse claire sur l'ensemble des thèmes relatifs à la tuberculose

Site Stop TB
www.stoptb.org
Base de données synthétiques sur la tuberculose, la résistance aux anti-tuberculeux, la stratégie mondiale de lutte… sur :
http://www.stoptb.org/resource_center/assets/factsheets

PARTIE 2

GUIDE DES PROGRAMMES DE SANTÉ EN ENTREPRISE

Les moyens de lutte contre le VIH/sida

FICHE 4 Sensibilisation et prévention

L'ESSENTIEL

- **La sensibilisation et la prévention visent à faire évoluer les Connaissances, les Attitudes et les Pratiques vis-à-vis du VIH/sida. Il s'agit en particulier :**
  - **de créer, sur le lieu de travail et en dehors, un environnement favorisant le bien-être de chacun, indépendamment de son statut.**
  - **de prévenir les nouvelles infections.**
  - **d'encourager le dépistage et de faciliter la prise en charge des personnes séropositives.**
- **Cela passe par la formulation d'une politique d'entreprise claire explicitant les engagements de l'entreprise, la réalisation d'activités d'IEC et la mise à disposition de moyens de protection.**

LA MISE EN ŒUVRE

Les grandes étapes de la sensibilisation et de la prévention

Étape 1
Définir et formaliser la politique de l'entreprise,

Étape 2
Définir un agenda d'activités sur sensibilisation et prévention (Campagne, …),

Étape 3
Communiquer en interne sur la stratégie adoptée et officialiser les activités (lancement officiel de la campagne, ie. journée internationale de lutte contre le VIH/Sida le 1er décembre…),

Étape 4
Mettre en œuvre et suivre les activités en définissant des points d'étapes (bilan à 6 ou 12 mois avec « suivi et évaluation » (cf. fiche 26), communication…

La politique d'entreprise

- La politique VIH est une première forme de sensibilisation par la formalisation et la diffusion des engagements de l'entreprise:
  - Respect des normes internationales : non discrimination des employés séropositifs, absence de dépistage forcé, strict respect des règles de confidentialité…
  - Actions de lutte contre le VIH/sida à l'initiative de l'entreprise : activités d'IEC, de dépistage…
  - Politique de prise en charge des malades.
  - Attitude attendue de la part de chacun des membres de l'entreprise : refus de la stigmatisation, respect, solidarité…
- Des canevas de politique d'entreprise ou des exemples de politiques d'entreprise peuvent être trouvés sur internet (voir ci-dessous).
- Il est fortement recommandé de formuler une politique d'entreprise ne se limitant pas au VIH/sida : les problèmes de stigmatisation, de discrimination, de déficits de connaissances, d'attitudes et de pratiques à améliorer, d'accès au dépistage et au traitement se posent sur beaucoup d'autres pathologies.

L'Information - Education - Communication (IEC)

L'IEC vise à :

- Améliorer les connaissances de la maladie : modes de transmission, efficacité des différents moyens de protection, intérêt et moyens de dépistage, évolution de la maladie, moyens et limites de la prise en charge…
- Décourager les pratiques à risques (rapports sexuels non protégés, recours à la prostitution, multipartenariat).
- Encourager les comportements de prévention par une promotion de l'abstinence, de la fidélité ou du port du préservatif, masculin ou féminin (ABC : « Abstinence, Be Faithful, Condomize »).

- Encourager la participation aux opérations de dépistage volontaire.

- Faire évoluer les attitudes face à la maladie et aux malades : rejet de la fatalité, de la stigmatisation et de la discrimination…

Une campagne d'IEC doit s'inscrire dans un cadre structuré et réfléchi. La construction d'une campagne passe par :

- Une identification des besoins, si possible avec une analyse de la situation (cf. fiche 18…) et /ou une étude CAP (cf. fiche 19).

- La sélection des modes d'IEC et outils qui permettront de faire passer les messages de la façon la plus efficace possible (cf. Pour en savoir +).

- La coordination de l'IEC avec les autres actions engagées par l'entreprise et les initiatives extérieures, par exemple par la promotion d'une campagne commune de dépistage.

- L'établissement d'un calendrier et d'un budget (cf. fiche 21).

- La définition d'indicateurs qui permettront d'apprécier les progrès réalisés (cf. fiche 25).

Les outils d'IEC

- **La communication statique : posters, livrets, gadgets, mailing, T-shirts, salles d'information, newsletters…**

Ce mode d'IEC, s'il est le plus facile à mettre en œuvre, est aussi celui présentant l'impact le plus limité. Il doit être utilisé essentiellement en support d'autres actions pour en assurer la promotion (ex. campagnes de dépistage…) ou en relais pour mieux fixer les connaissances acquises (ex. rappel des modes de transmission suivant une formation). La dissémination de posters dans des lieux telles que des salles d'attente, salles de pause ou toilettes favorise leur lecture.

- **Les sessions de formation**

Animées par des intervenants spécialisés, les formations assurent une plus grande implication. Les qualités pédagogiques de l'animateur, l'intervention de PVVIH, l'intégration d'activités participatives et ludiques (ex : jeu de « fluides » illustrant la rapidité de propagation du virus (cf. Pour en savoir +) sont autant de moyens de donner plus d'impact aux sessions organisées.
Si elles sont rendues obligatoires, les sessions doivent être organisées durant les heures de travail, avec le soutien de la direction.

ASTUCE

Les séances de questions / réponses en fin de formation peuvent prendre la forme de questions écrites remontées de façon anonyme, rendant le dialogue plus ouvert et direct.

Si elles sont facultatives, elles peuvent être soit organisées durant les heures de travail, soit durant des heures de pause au sein d'une journée de travail, par exemple au déjeuner. Les sessions proposées à la fin des heures de service s'exposent à un risque de faible participation.

Un module plus léger peut par ailleurs être ajouté à la formation dispensée aux nouvelles recrues (par exemple au sein du volet HSE).

- **Les « causeries éducatives »**

Les causeries éducatives sont une forme très participative de formation, reposant sur une discussion entre les employés. Elles favorisent une implication beaucoup plus forte des participants. Son encadrement par un animateur compétent est souhaitable, notamment pour structurer la discussion et apporter des précisions médicales ou techniques tout au long de la conversation.

• Les spectacles vivants
Les spectacles vivants, par leur dimension artistique, sont conçus pour transmettre des messages d'une façon distrayante et émouvante. Réussis, ils ont un potentiel d'impact beaucoup plus fort. Néanmoins, ils requièrent une certaine créativité dans leur conception et talent dans la réalisation.
Il existe des troupes spécialisées proposant des spectacles vivants à titre gratuit ou pour des sommes modestes. Quelques employés peuvent être sollicités pour créer un tel spectacle, mais sa réussite demandera d'y consacrer un temps important.

FOCUS

Comprendre les déterminants des comportements à risque
Déterminants individuels, sociaux, politiques, économiques, organisationnels… Les comportements à risque peuvent s'expliquer par des origines diverses. Leur compréhension est indispensable pour appréhender avec justesse une campagne d'IEC.
(source MSD Guide d'Action du Secteur Privé contre le VIH/SIDA, 2007)

La distribution de préservatifs

• Accessibilité
Pilier indispensable des politiques de prévention, les préservatifs masculin et féminin doivent être mis à disposition de façon à éviter toute gêne de la part des bénéficiaires, qui n'oseront pas nécessairement en faire la demande ou en retirer au vu de leurs collègues.
Si l'accessibilité est un critère clé, la distribution ne doit pas être ressentie comme un manque de respect de la vie privée ni heurter les sensibilités religieuses, auquel cas elle pourrait devenir contre-productive.

• Modes de distribution
La distribution peut se faire de diverses manières, en voici quelques exemples :

- Par le placement de distributeurs ou de paniers dans les toilettes et d'autres points de passage, de pause ou d'attente dans l'entreprise (cabine téléphonique, salle de détente, infirmerie, etc).

- Par un accompagnement de la fiche de paie.

- Par une mise à disposition massive à l'occasion d'événements d'entreprise.

- Par le biais des pairs-éducateurs…

FOCUS

Le suivi est souvent le point faible des programmes de distribution de préservatifs
• Problèmes d'approvisionnement
→ Choisir un fournisseur stable dans le temps, plutôt que de privilégier des opérations attractives sur le moment, par exemple une ONG ayant reçu un stock important de préservatifs à écouler.

• Problèmes de gestion des stocks
→ Constituer un stock initial renouvelé dès que le seuil plancher est atteint.

• Problèmes d'alimentation régulière des points de distribution.
→ Confier cette tâche à des personnes clairement identifiées, par exemple au sein du personnel de nettoyage.

• Éducation sur l'utilisation du préservatif
Les conditions d'utilisation et de conservation doivent être expliquées (voir le lien AVSC, cf. «Pour en savoir +»).

• Distribution gratuite ou payante ?
S'il est recommandé de privilégier une distribution gratuite, il est indispensable de s'assurer de la pérennité de la distribution. Si les budgets ne sont pas suffisants pour couvrir l'ensemble des besoins, la meilleure option consiste à proposer une distribution payante assurant l'accessibilité

du préservatif de façon permanente et de la compléter par des distributions gratuites ponctuelles.

Note : Assurer l'accessibilité du préservatif, c'est en assurer l'accessibilité physique par une bonne mise à disposition mais aussi l'accessibilité financière. Le recours au marketing social, qui consiste en une vente à prix réduit ou symbolique, peut être considéré.

FOCUS

L'approvisionnement en préservatifs peut, selon les pays, s'avérer plus complexe qu'il n'y paraît. Les fournisseurs possibles sont principalement :

- Les grossistes privés : simple et fiable, cette option est aussi la plus coûteuse. Certains grossistes peuvent ne pas être habilités à livrer des entreprises non pharmaceutiques.
- Les organisations publiques : pratique et économique voire gratuit, le secteur public est une source d'approvisionnement accessible dans certains pays uniquement.
- Les fabricants (le plus souvent asiatiques : Thaïlande, Malaisie…) : option la plus économique (6 à 8 centimes d'euros / préservatif), mais la plus lourde à mettre en œuvre. Elle se justifie à partir de volumes d'achat importants, en centaines de milliers ou même millions d'unités. Une coalition locale peut jouer le rôle de centrale d'achats pour le secteur privé – une concertation de ses membres pour la mise en place du service peut être intéressante s'il n'est pas proposé. S'assurer que le produit fait référence à des normes européennes, américaines ou japonaises.
- Les ONG : certaines grosses ONG telles que PSI (spécialisée dans le marketing social) peuvent être à la recherche de relais de distribution ou disposer de facilités d'achats.
- Les organisations internationales : les organisations des Nations Unies (UNFPA, PNUD, UNAIDS) sont également susceptibles de répondre à des demandes d'approvisionnement.

Pour en savoir +

"A workplace policy on HIV/AIDS: what it should cover" (ILOAIDS)
http://www.ilo.org/public/english/protection/trav/aids/examples/workcover.pdf
Document de référence rappelant les principes fondamentaux d'une politique d'entreprise et proposant un canevas facilement exploitable.

« Guide d'Action du Secteur Privé contre le VIH/SIDA » (MSD, volets « Politique » et « Prévention »)
http://partenairescontrelesida.org/app/download/3342307602/Fichiers+Acrobat+Blueprint.zip
Le guide MSD reprend en particulier une liste des aspects à envisager dans l'élaboration d'une politique VIH/SIDA d'entreprise, une présentation des déterminants de comportements à risque et des thèmes d'intervention que les actions de sensibilisation doivent couvrir.

Exemples de politiques d'entreprise :
Pfizer:
http://www.pfizer.com/responsibility/workplace_responsibility/hiv_aids_workplace_policy.jsp
Total:
http://www.total.co.za/os/ossouthafrica.nsf/VS_OPM/77900975F2B58054C1256F3300561D38?OpenDocument
Lafarge « Comment bâtir un programme santé ? »
http://partenairescontrelesida.org/base-documentaire-1/autres-publications/

Matériel et événements d'IEC (Banque Mondiale)
http://siteresources.worldbank.org/INTEAPREGTOPTRANSPORT/Resources/573802-1163017279494/3138417-1239142047073/6_IEC_Materials.pdf
Document présentant de façon relativement exhaustive les différents supports d'IEC disponibles.

Mode d'emploi du préservatif masculin (AVSC International)
http://www.affection.org/sante/asvc/www.igc.apc.org/avsc/french/contraception/ccondom/fccondpi.html

« Préservatifs féminins : questions fréquemment posées » (FHI-Family Health International)
http://www.fhi.org/fr/RH/Pubs/Network/v16_1/nt16111.htm
Des réponses simples et précises à toutes sortes de questions relatives aux préservatifs féminins.

FICHE 5 Les programmes de Pairs-Educateurs

L'ESSENTIEL

- **Les pairs-éducateurs sont des employés formés pour délivrer à leurs collègues de façon informelle et régulière une information fiable sur le VIH/sida ou tout autre message de sensibilisation sur d'autres thématiques.**
- **Une bonne formation et le maintien de la motivation par un encadrement dynamique et une reconnaissance sociale sont les principaux facteurs clé de succès d'un programme de pairs-éducateurs.**

LA MISE EN ŒUVRE

Les grandes étapes de mise en place d'un programme de PE

Étape 1
Sélection et recrutement des PE,

Étape 2
Formation des PE,

Étape 3
Informer les différents services de la mise en place et de la mission des PE,

Étape 4
Définir et gérer un programme « pair éducation »,

Étape 5
Communiquer en interne sur les sujets sensibles lors des événements en interne sur le VIH/sida.

Les pairs-éducateurs (PE) sont des employés formés pour délivrer de façon informelle de l'information à leurs collègues et répondre à leurs interrogations concernant le VIH/sida ou d'autres sujets de santé dans un climat de confiance. Par essence proches du personnel, les PE constituent une solution privilégiée pour faire émerger le dialogue et contribuer à faire évoluer les attitudes et les pratiques. Ils peuvent aussi fournir un soutien appréciable à la réalisation d'autres actions.
La mise en place d'un programme de PE consiste à recruter, former et animer une équipe de PE.

Sélection et formation des PE

• Profil idéal
Un bon pair-éducateur est un employé disposant de fortes qualités sociales, d'un sens de l'écoute et d'une disponibilité exemplaire. Non seulement apprécié par ses collègues, il est avant tout respecté et écouté : il jouit d'un certain statut dans l'entreprise ou dans son service, informel mais incontestable.

• Recrutement
Il est important que les pairs-éducateurs soient volontaires. Deux grandes approches sont possibles pour recruter les pairs-éducateurs :

- Laisser le programme ouvert à tous, sur candidature spontanée. Dans ce cas, il est important d'opérer malgré tout une sélection, par exemple par le passage d'un entretien de motivation et de connaissance minimum de la thématique.

- Solliciter directement des personnes identifiées comme ayant les qualités requises pour remplir cette mission. Cette approche de « volontariat orienté », présente des avantages certains, notamment parce qu'elle valorise les personnes sollicitées en leur témoignant un signe de reconnaissance du statut dont elles jouissent et du rôle positif qu'elles peuvent exercer sur leurs collègues. Néanmoins, les personnes pressenties peuvent se sentir contraintes d'accepter sans être pleinement motivées. Dans ce cas, il convient bien sûr de laisser la possibilité à ceux qui n'ont pas été sollicités de pouvoir faire acte de candidature.

• Nombre de pairs-éducateurs
Si, suivant les organisations, des ratios de 1 pair-éducateur pour 15 à 50 employés sont recommandés, il est avant tout important de s'assurer d'un bon « maillage » de l'entreprise : présence de PE dans les différents services de l'entreprise, sur les différents sites lorsque la localisation géographique est éclatée, sur les différentes tranches horaires lorsque des équipes tournent…

• Formation des PE
La formation des pairs-éducateurs est indispensable, incluant :

- Une transmission des connaissances théoriques concernant le VIH/sida,
- Une sensibilisation sur les aspects pédagogiques de la mission de PE,
- Une définition claire de la mission, du cadre minimum d'intervention et une liste d'activités possibles,
- Des mises en situation,
- La présentation d'outils/supports de communication/sensibilisation.

ASTUCE

A remettre à l'issue de la formation
- Un rappel clair de la mission d'un PE
- Des documents de référence qui aideront les PE à compléter leurs connaissances et à répondre aux questions qui leur seront posées.
- Des supports d'IEC (autocollants, cartes postales, dépliants…), prétextes pour aller à la rencontre de leurs collègues.
- Un matériel renouvelé pourra leur être remis tout au long de l'année.

Il est fortement recommandé de confier cette formation à des prestataires externes, ou d'encadrer la formation en sollicitant l'intervention de personnel de différentes organisations spécialisées, appartenant au secteur public (PNLS, Ministères de la Santé, du Travail, de l'Education…) ou à la société civile (associations, PVVIH…).
La participation de quelques personnalités locales (le soutien de la direction peut être précieux à cet effet) ainsi qu'un passage du plus haut niveau de management durant la formation contribuent à valoriser le rôle du PE.

La gestion d'un programme de PE

Un programme de PE ne nécessite pas de gestion lourde une fois les formations assurées. L'essentiel est de s'assurer qu'ils soient actifs dans la durée en :

- Faisant connaître les PE auprès des employés,
- S'assurant qu'ils ne rencontrent pas de difficultés dans l'exercice de leur activité,
- Les motivant par l'inspiration de nouvelles idées d'activités, une implication sur d'autres aspects du programme (décision et mise en œuvre) et un partage des progrès réalisés.

• Faire connaître les PE
Les employés ne peuvent aller vers les PE que s'ils les connaissent. Ainsi, il est important de leur remettre des signes visibles d'appartenance (badge, tee-shirt porté à l'occasion de certains événements d'entreprise…) et de présenter leur nouveau rôle auprès des équipes.

•Aller au devant des difficultés rencontrées
La principale difficulté de l'activité de PE réside dans l'instauration d'un dialogue sur des sujets sensibles. Cette tâche peut être facilitée en utilisant comme support les événements et com-

munications organisées par l'entreprise, lesquels peuvent constituer un bon prétexte permettant d'ouvrir la discussion.

Des difficultés pratiques peuvent aussi être rencontrées :

- Certains programmes d'entreprise intègrent l'activité de pair-éducation dans les heures de travail (à raison de quelques heures par mois), mais la mise en œuvre est, dans les faits, souvent difficile. Les chefs d'équipe peuvent être réticents à voir une pause se prolonger en raison d'une discussion avec un PE et le percevoir comme un manque d'assiduité. Il convient de sensibiliser les chefs d'équipe au rôle du PE lors de la mise en place du programme par une lettre personnalisée, et si possible par une conversation face-à face ou un appel téléphonique de la part du responsable du programme. L'objectif est de le placer dans les meilleures dispositions possibles à l'égard des activités de pair-éducation.

- Le manque de lieux où il est possible de dialoguer discrètement est aussi un frein à la pair-éducation.

EXEMPLE

Témoignages de PE dans une entreprise gabonaise : de quoi parlent-ils ?
Les interventions des PE relatives au soutien apporté aux employés malades sont celles qui leur tiennent le plus à coeur, qu'il s'agisse de problèmes familiaux ou d'un refus de la prise en charge. Dans ce dernier cas, le PE peut jouer un rôle de médiateur avec l'équipe médicale.
(source Sanisphere - étude privée pour une grande entreprise gabonaise, 2006)

• Maintenir la motivation
Le sentiment de jouer un rôle utile au sein de leur communauté est la composante la plus forte de la motivation des PE et naît naturellement de leurs interactions avec leurs pairs.
L'entreprise peut renforcer la motivation des PE:

- En mettant en place un système de suivi d'activité, par exemple sous la forme de fiches d'intervention. Le thème de chaque discussion (question abordée, réponse apportée) peut être consigné. Ces fiches nourriront le suivi-évaluation d'indicateurs de mise en œuvre (ex : nombre de discussions) et d'impact (ex : évolution de la nature et de la précision des questions posées) mesurant les progrès réalisés.

FOCUS

Faut-il rémunérer les pairs-éducateurs ?

- Il n'est pas recommandé de proposer de compensation financière en sus du salaire afin de s'assurer du recrutement de personnes authentiquement motivées par leur mission et d'éviter de créer une image du PE perçu comme un « profiteur », ce qui leur ferait perdre de leur influence.

- Il est en revanche souhaitable de laisser les PE prendre du temps sur leurs heures de service pour mener leurs activités lorsque nécessaire.

- Il arrive que des PE demandent un dédommagement des frais engagés (télécommunications, transport) mais entrer dans une telle démarche rend la gestion plus complexe et peut encourager les abus.

- En organisant des réunions de soutien au cours desquelles les PE pourront échanger leurs expériences et faire remonter les questions les plus complexes. Par ailleurs, ces réunions seront l'occasion de suggérer de nouvelles idées d'action, de remettre du matériel d'IEC et des préservatifs, de solliciter l'avis des PE sur les activités futures du programme et leurs commentaires sur les activités passées…

- En instaurant un système de récompense non financier. Les PE peuvent par exemple être mis à l'honneur par une remise de prix et de cadeaux lors de la fête de l'entreprise. Une telle reconnaissance sociale est fortement appréciée.

- En partageant régulièrement les résultats obtenus sur tous les volets du programme.

EXEMPLE

L'activité des PE suivie au jour le jour dans une société minière d'Afrique du Sud

- 4 interactions par mois en moyenne, fortes différences d'un PE à l'autre,
- 3,4 heures passées par mois aux activités de pair-éducateurs,
- 43% des interactions ont eu lieu sur le lieu de travail, le reste au sein de la communauté, dans les familles ou à l'église,
- La qualité des réponses donnée par les PE est élevée (plus de 99% de réponses justes),
- La participation des PE à des activités formelles peu créatives minent leur motivation.

(source Dickinson D, 2007, cf. «Pour en savoir +»)

Pour en savoir +

«Talking about AIDS: A study of informal activities undertaken by workplace HIV/AIDS peer educators in a South African company» (Pr David Dickinson, WITS Business School)
http://www.sabcoha.org/images/stories/wbs_peer_review_report_2007.pdf
Le Pr Dickinson a suivi au quotidien une équipe de PE pendant plus de 20 mois, délivrant une étude rigoureuse et précise sur les activités de pair-éducation accompagnée de recommandations concrètes. Un article de référence à consulter en priorité pour aller plus loin sur le sujet.

"The Impact of HIV and AIDS Peer Education on the Workplace in Aveng Manufacturing"
http://www.lifeline.org.za/documents/hiv_and_aids/Lifeline_HIV_and_Aids_doc1.pdf
Cet article de Lifeline démontre l'impact positif du programme de pair-éducation au sein d'une entreprise sud-africaine, relève les réussites et les défis rencontrés.

«Manuel du Pair-Educateur» (SOS Pairs-Educateurs)
http://www.sospair.org/education%20par%20les%20Pairs.pdf
Ce manuel présente en particulier un passage en revue des difficultés que peut rencontrer un pair-éducateur et des facteurs pouvant influencer sa motivation.

FICHE 6 Le dépistage du VIH/sida

L'ESSENTIEL

- **Le dépistage est une action fondamentale d'un programme contre le VIH/sida. Point de départ de la prise en charge, il est également un moment privilégié pour l'IEC : discussion sur les comportements de la personne dépistée, diffusion des messages adaptés au moment où la personne est disponible et réceptive…**
- **Plusieurs techniques existent : la plus fréquente est la réalisation d'un test rapide à partir d'un prélèvement sanguin ; une méthode plus pratique mais moins sensible consiste à réaliser un test salivaire.**
- **Dans le cadre d'un programme d'entreprise, le mode opératoire favorisant la plus forte participation est la réalisation de tests ponctuels sur site par un prestataire externe.**

LA MISE EN ŒUVRE

Les grandes étapes du dépistage du VIH/Sida

Étape 1
Définir le choix du mode opératoire (Campagne, tests en routine,…) ou le prestataire si externalisation du dépistage,

Étape 2
S'assurer en amont que les personnes notifiées VIH+ pourront avoir accès aux ARVs (centre(s) de référence publics ou centre médical de l'entreprise),

Étape 3
Officialiser la campagne et communiquer,

Étape 4
Mettre en œuvre le dépistage (Contractualisation si externalisation, commande des tests, visites pré et post test, caractère anonyme et volontaire du dépistage …),

Étape 5
Planifier les contrôles qualités et les points d'étapes pour évaluer l'activité et les résultats.

Pourquoi le dépistage ?

- Le dépistage est une étape clé de tout programme de lutte contre le VIH/sida. Tout d'abord, la connaissance de son statut sérologique permet au patient :
  - d'adapter ses comportements afin d'éviter de contaminer ses partenaires,
  - d'être suivi médicalement afin de démarrer le traitement au moment le plus propice. Un démarrage trop tardif peut rendre le traitement moins efficace.
- Par ailleurs, le dépistage est un moment privilégié d'IEC. Un VCT (Voluntary Counseling and Testing) qui consiste à accompagner le test d'une séance de sensibilisation avant et après sa réalisation, offre l'opportunité d'un dialogue ouvert durant lequel certaines questions peuvent être abordées de façon plus aisée que dans d'autres contextes. De plus, l'attente du résultat favorise la prise de conscience de risques qui ont pu être pris dans le passé et de leur conséquence possible, encourageant le changement de comportement.
- Les raisons pouvant freiner le dépistage sont nombreuses et dépassent largement la simple question de la facilité d'accès aux centres de test : sentiment de ne pas être concerné, crainte des conséquences, déni, volonté de ne pas savoir…
- Ainsi l'enjeu au niveau de l'entreprise n'est pas de proposer systématiquement un dépistage, mais de faire en sorte que l'accès en soit facilité pour favoriser la participation du plus grand nombre.

Déroulé et principes fondamentaux du dépistage

- Le dépistage se doit d'être volontaire, anonyme et gratuit.
- Il s'accompagne d'un conseil pré et post-test :
  - Information sur l'infection à VIH et explications sur la nécessité d'un dépistage précoce,
  - Présentation du déroulement du test,

- Dialogue sur les pratiques à risque et les moyens de protection,

- Introduction à la lecture des résultats et à leur signification,

- Remise des résultats.

• En cas de test positif, le patient doit pouvoir disposer immédiatement d'un soutien psychologique, des solutions de prise en charge doivent pouvoir lui être présentées et un suivi doit être effectué pour s'assurer notamment de la bonne observance du traitement.

Les moyens techniques

• Le test de dépistage vise à mesurer :

- soit la présence d'anticorps spécifiques produits par l'organisme en réponse à la présence du virus dans notre corps ;

- soit les antigènes portés par le virus VIH lui-même.

• Il se fait au moyen de l'examen en laboratoire d'un échantillon sanguin. Il peut se faire plus simplement à l'aide d'un test de diagnostic rapide.

• L'agent de santé réalise deux tests rapides sur un même échantillon sanguin. Le résultat est connu dans les 10 à 30 minutes qui suivent.

• En cas de résultat positif ou incertain, un test de confirmation est réalisé en laboratoire.

• Il est possible de réaliser un test sur la salive prélevée dans la bouche; ces tests sont un peu moins sensibles que les tests sanguins (environ 1% des positifs ne seront pas dépistés).

Le choix du mode opératoire

• Différents modes opératoires sont possibles, au-delà du choix de la technique de dépistage. A titre d'exemple :

- Test continu ou opération ponctuelle,

- Test sur le site de l'entreprise ou dans un centre extérieur,

- Gestion de la campagne et réalisation des tests par des équipes médicales internes à l'entreprise ou à un prestataire externe (ONG, centre public…).

ASTUCE

Quel prestataire ?
Dans le cas d'une sous-traitance/externalisation, le prestataire peut être aussi bien l'équipe d'un centre de dépistage ou d'un hôpital public (ex : Hôpital La Quintinine au Cameroun pour Lafarge), une ONG (ex : SIDA Zéro au Gabon pour Véolia) ou encore un prestataire professionnel (ex : LifeWorks en Afrique du Sud pour Microsoft).

• Il est important de choisir un mode opératoire de façon cohérente avec les priorités données à la campagne de dépistage, tant les avantages et inconvénients de chacun sont marqués.

• **La réalisation d'un test ponctuel, sur le site de l'entreprise et mené par un prestataire externe permet en général d'atteindre des taux de participation élevés.** Elle s'insère parfaitement dans des événements de type « Journée de mobilisation contre le VIH/sida » et permet d'utiliser des techniques favorisant un effet d'entraînement. Le directeur de l'entreprise peut montrer l'exemple en étant le premier à se faire dépister. Cependant, la

solution peut présenter des problèmes de confidentialité (un participant peut notamment être trahi par son état psychologique à la sortie du test).

- A l'opposé, offrir par exemple aux employés la possibilité d'aller se faire dépister dans un centre extérieur tout au long de l'année assure les meilleures conditions de disponibilité et de discrétion. De plus, l'opération est facile à mettre en œuvre et se révèle très peu coûteuse. En revanche les taux constatés de participations sont particulièrement faibles.

- Des tests peuvent aussi être proposés de façon continue sur le site de l'entreprise par le personnel médical interne. Cette solution présente l'avantage d'un très grand contrôle de la qualité de la prestation, en particulier du counseling. Néanmoins, les taux de participation sont moyens (34%)[6] et le personnel peut s'interroger sur le respect de la confidentialité : quelles que soient les garanties offertes, certains peuvent être freinés par l'idée que du personnel de l'entreprise ait connaissance de leur statut, fût-il tenu par le secret médical.

FOCUS

Le coût d'une campagne de dépistage
L'option la plus coûteuse est certainement la sous-traitance d'une campagne sur site. L'opération pour une entreprise camerounaise de 700 personnes a par exemple représenté un coût moyen de 5 euros par employé dépisté. Dans le cas d'une sous-traitance à un centre de dépistage, ce coût peut environ être réduit de moitié. La création d'un centre de dépistage au sein de l'entreprise implique des coûts fixes (salaire de l'infirmière, formation etc.) mais réduit au maximum les coûts variables au seul matériel de dépistage.
(source Sanisphere, Cameroun, 2005, cf. Pour en savoir +)

6 Sanisphere, "Dépistage du VIH / Sida dans les entreprises africaines : influence du mode opératoire sur les taux de participation". Revue de la Médecine Tropicale/ Pharo, communication affichée, 2006

FOCUS

Mettre en place une procédure d'assurance qualité
Il est important de s'assurer de la fiabilité du dépistage par des procédures de contrôle qualité interne (vérification des tests par le technicien) et externe (tests aléatoires sur des échantillons de sang par un laboratoire de référence).

Pour en savoir +

"Guide d'action du secteur privé contre le VIH/sida" (MSD).
Accès ref PCS
Le module Conseil et Dépistage Volontaire est un document de référence sur le sujet, très complet et pédagogique, qui guide l'entreprise sur tous les aspects stratégiques opérationnels et juridiques.

ONUSIDA
http://search.unaids.org/Results.aspx?q=conseil+et+d%C3%A9pistage&o=html&d=fr&l=fr&s=false

Conseil et test volontaire. Collection Meilleures Pratiques. Septembre 2000.
Conseils pratiques pour la mise en place des activités de conseils et de tests volontaires.

Outils pour l'évaluation du conseil et du test volontaires. Collection Meilleures Pratiques, Genève, mai 2001.
Ce document offre un exemple de questionnaire pour l'évaluation et le suivi du test volontaire. Il est très complet et permet à ceux qui le souhaitent d'améliorer la qualité du conseil au dépistage.

Guide du conseil et du dépistage VIH à l'initiative du soignant dans les établissements de santé.
http://www.who.int/publications/list/9789241595568/fr/index.html

ARTICLE (Desclaux, A). **Les carences du conseil pré et post-test : l'exemple du Burkina Faso.** Transcriptase. N°103, sept 2002.
http://www.pistes.fr/transcriptases/103_1474.htm
Cet article mets en exergue les carences du dépistage dans le secteur public mais que l'on peut retrouver tout aussi bien dans d'autres pays et auprès d'autres structures, y compris dans le privé. Cette analyse du contexte burkinabé permet de prendre en compte certaines réalités de terrain et certains pièges à éviter pour les entreprises qui externalisent le conseil auprès d'une structure publique.

FICHE 7 L'accompagnement de la prise en charge du VIH/sida

La prise en charge et le soutien aux patients (traitement y compris) est l'un des 10 principes fondamentaux de la lutte contre le VIH/sida sur le lieu de travail selon la définition de l'Organisation Internationale du Travail (OIT)[7].

Qu'elle dispose ou non d'un centre de santé capable d'assurer le suivi médical des personnes séropositives, l'entreprise a un rôle essentiel à jouer pour accompagner dans la durée ces personnes sur les différentes composantes de la prise en charge : soutien psychologique et social, aide matérielle, programme nutritionnel…

Le traitement du VIH/sida

Il comprend plusieurs volets :

- Le traitement de l'infection à VIH ;
- La prophylaxie et le traitement des infections opportunistes (tuberculose…) ;
- La prophylaxie et le traitement des infections sexuellement transmissibles (hépatite B…).

FOCUS

Le suivi médical d'un traitement ARV
Il se fait sur 3 plans :
Suivi de l'efficacité : suivi clinique et biologique : comptage des CD4 et charge virale.
Note : le suivi biologique, qui exige un matériel sophistiqué, est souvent réalisé en externe.
Suivi de la toxicité et de la tolérance : surveillance mensuelle puis trimestrielle des organes pouvant être lésés par les ARV (pancréas, rein, foie…).
Suivi de l'observance : discussion avec le patient de la façon dont il suit les prescriptions médicales.

- Les **antirétroviraux (ARV)** utilisés dans le traitement du VIH/sida ne peuvent pas guérir le malade mais ils permettent de prolonger son existence et d'améliorer sa qualité de vie en limitant la multiplication du virus dans le système immunitaire. Ils jouent également un rôle de prophylaxie des infections opportunistes.

7 OIT. Le VIH/sida et les droits humains – Module 2, 2003, 49p.

L'ESSENTIEL

- **La prise en charge complète du VIH/sida recouvre :**

- le traitement antirétroviral, qui ne guérit pas le malade mais permet de prolonger son existence et d'améliorer sa qualité de vie ;
- le suivi médical (dont le suivi biologique) ;
- la prévention et le traitement des infections opportunistes ;
- l'accompagnement psycho-social ;

le soutien nutritionnel et vitaminique.

- **Une prise en charge globale et efficace dans la durée peut demander :**

- de conclure différents partenariats : avec des ONG et des associations pour l'accompagnement psycho-social, avec un laboratoire et un centre médical de référence pour le suivi médical et biologique…
- de recourir à des solutions de financement interne (fonds de solidarité, mutuelle, etc.), ou externe (programme nationaux et internationaux).

LA MISE EN ŒUVRE

Etape 1
Définir une stratégie de prise en charge respectant les protocoles nationaux (si effectué en interne), le mode opératoire si prise en charge interne (modalités de référencement, contre référencement…), continuité de la prise en charge…

Étape 2
Surveiller le circuit du patient : consultation, suivi biologique, délivrance des ARV, suivi psychosocial et observance,

Étape 3
Communiquer en interne sur les modalités d'application de la prise en charge des PVVIH,

Étape 4
Évaluer les besoins de formation et recyclage de l'équipe médicale si nécessaire,

Étape 5
Suivi des indicateurs clefs (cf. fiche 26).

- Une personne séropositive au VIH est éligible au traitement lorsque son nombre de CD4 devient inférieur à 350 par mm^3 [8].

- Pour prévenir l'apparition de résistance aux médicaments, une combinaison d'ARV (multithérapie) doit être prise sans interruption (observance > 90%).

- La **prévention des infections opportunistes** est complémentaire des traitements ARV. Peu coûteuse (entre 1 et 2 euros par mois sous forme générique) et facile à prendre (1 comprimé par jour), la chimioprophylaxie au cotrimoxazole vise en particulier à prévenir certaines infections opportunistes courantes en Afrique (pneumonies, diarrhées bactériennes ou à protozoaires…).

FOCUS

Si l'entreprise ne dispose pas de centre de santé capable de prendre en charge les personnes séropositives, elle peut conclure un **partenariat avec un centre de santé externe accrédité par le ministère de la santé** (centre d'une autre entreprise, centre ONG ou confessionnel, centre public).
Si son centre médical peut assurer la prise en charge, l'entreprise peut demander l'accréditation du ministère de la santé notamment pour faciliter son intégration au programme national et son approvisionnement en ARV.

Assurer la bonne observance

L'infection au VIH nécessite une prise en charge à vie. Le principal défi est d'en assurer la bonne observance au sens large, c'est-à-dire une adéquation entre les recommandations du médecin et les comportements du patient sur les 4 composantes suivantes :

- Observance médicamenteuse : respect du nombre de prises, des doses, des horaires, des recommandations diverses (avant ou après les repas par exemple), des interactions médicamenteuses ;
- Observance des règles hygiéno-diététiques : régime alimentaire, arrêt du tabac ou de l'alcool… ;

- Observance du suivi médical : respect du rythme des consultations et des bilans ;

- Observance des comportements de prévention (un traitement bien conduit n'empêche pas la transmission du virus à d'autres, il faut donc adopter les comportements sans risques).

Favoriser l'adhésion du patient à la prise en charge

Le patient ne doit pas subir, mais au contraire participer activement à la démarche de soin. Son adhésion doit être obtenue avant de commencer le traitement.
Attention : l'adhésion au traitement est loin d'être automatique (cf. «Pour en savoir +»)
Elle passe par une discussion, dès la remise du résultat du test, sur les raisons personnelles que le patient a de se soigner et sur ses connaissances des modalités du traitement, suivie d'une explication approfondie :

- des avantages du traitement ARV ;
- de sa durée ;
- de ses inconvénients (effets secondaires…) ;
- des moyens de soulager ces inconvénients ou de les prévenir ;
- du détail de la posologie ;
- des modalités de prise en charge (lieux, horaires, personnel soignant…).

8 WHO. Antiretroviral therapy for HIV infection in adults and adolescents: towards universal access. Geneva, 2006

Créer un environnement favorable pour le malade

Isolement social, absence d'implication de l'entourage, préjugés et stigmatisation sont autant de facteurs expliquant une mauvaise observance. L'entreprise doit adopter une politique claire sur le VIH/sida (cf. fiche 4).
Elle doit aussi organiser l'accompagnement du patient en cherchant avec lui et pour lui des personnes susceptibles de le suivre : famille, amis, collègues, pairs éducateurs, volontaires d'associations ou d'ONG partenaires.
Plusieurs actions peuvent être mises en œuvre :

- visites à domicile pour les malades qui le souhaitent ;
- groupes de parole, qui permettent au patient d'échanger avec d'autres malades ;
- repas communautaires.

Lever les obstacles matériels et pratiques à la prise en charge

- Définir avec le patient les meilleurs moyens pour faciliter les prises (horaires, lieux…).
- Faciliter la venue du patient au centre de prise en charge en cas d'éloignement.
- Prendre en charge tout ou partie du coût du traitement et des frais annexes pour rendre la prise en charge financièrement accessible (cf. encadré).

FOCUS

Diverses modalités de financement
La prise en charge des personnes séropositives n'est pas plus coûteuse que d'autres pathologies chroniques. Dans le cas où l'entreprise ne peut directement l'assumer en totalité, plusieurs solutions peuvent être envisagées :
- Adhésion à une mutuelle santé ;
- Mise en place d'un fond de solidarité auquel cotisent salariés et employeur;
- Accès aux programmes de traitement national ou ONG, programmes en général financés par les bailleurs internationaux (Fonds Mondial, PEPFAR, cf. fiche 22).

Garantir la continuité de la prise en charge

- Assurer un suivi clinique et biologique continu.
- Assurer la mise à disposition des ARV (rupture de stock).
- Conclure des partenariats pour que le traitement continue à être proposé quels que soient les évènements (vacances ou départ du salarié, fermeture de l'entreprise…cf. fiche 21).

Le soutien nutritionnel et vitaminique

Une bonne nutrition ne peut guérir le malade. Mais elle concourt à renforcer son système immunitaire et à aider son corps à mieux tolérer les traitements.

- Malnutrition et perte de poids sont deux conséquences fréquentes du VIH en raison des nausées et vomissements ainsi que des problèmes gastro-intestinaux qui altèrent l'absorption des aliments et nutriments.

• Le soutien nutritionnel vise concrètement à :

- Maintenir le poids idéal ;
- Contenir la perte de masse musculaire ;
- Réduire les carences en minéraux et vitamines.

ASTUCE

Encourager les activités physiques
La recherche a montré qu'elles ont un effet bénéfique sur le système immunitaire. De l'exercice physique (d'intensité modéré), à raison de 45 minutes 3 fois par semaine, peut être conseillé aux patients qui en ont la possibilité.

• Le recours à un expert nutritionnel est idéal pour déterminer le meilleur régime pour le patient en fonction de ses besoins et de son budget. De manière générale, il est recommandé pour une personne séropositive :

- De privilégier les fruits et légumes (le développement de jardins communautaires a été adopté dans certains projets pilotes) ;
- De privilégier les aliments riches en fibre pour faciliter la digestion et l'absorption des nutriments (sauf en cas de diarrhées);
- De supprimer ou de réduire fortement la consommation de tabac, d'alcool, d'épices et de drogues.

L'apport en vitamines et en compléments alimentaires (sélénium…) est également conseillé, (même si la bonne alimentation reste la priorité). La délivrance de ce type de produit dans la phase asymptomatique permet :

• de retarder l'entrée en phase symptomatique ;

• de s'habituer au suivi d'un traitement régulier ;

• de rassurer le malade qui se sent pris en charge.

Pour en savoir +

"Guide d'action du secteur privé contre le VIH/sida" (MSD)
http://partenairescontrelesida.org/base-documentaire-1/autres-publications/
Les modules Traitement et Soins & Soutien offrent une précieuse source d'informations pour concevoir un programme de prise en charge, en particulier sur le degré d'implication de l'entreprise en fonction de sa situation ou sur les partenaires potentiels de l'entreprise sur les différentes composantes du soutien (médical, économique, psycho-social, nutritionnel…).

"Steering Commitee Guide for successful implementation of an HIV&AIDS programme" (SABCOHA)
Malette et document disponibles auprès de SABCOHA – info@sabcoha.co.za
Plusieurs modules sont consacrés à l'accompagnement pratique de la prise en charge : les programmes nutritionnels, le traitement des infections opportunistes, les ARV.

"La lutte contre le VIH/sida en entreprise" (Sanisphere)
http://sanisphere.com/fr/references-et-publications/
L'étude aborde le thème essentiel de l'adhésion au traitement au travers de réussites et d'échecs de programmes existants.

PARTIE 3

GUIDE DES PROGRAMMES DE SANTÉ EN ENTREPRISE

Les moyens de lutte contre le paludisme

FICHE 8 L'IEC pour le paludisme

L'ESSENTIEL

- **L'IEC (Information - Education - Communication) est au cœur d'un programme contre le paludisme : toute mesure de lutte doit impérativement être précédée et accompagnée par de l'IEC.**
- **Les messages à diffuser portent sur quelques grands thèmes : les risques du paludisme, le moustique, la transmission, les moyens de se protéger, les bons comportements face aux premiers symptômes et aux traitements reçus.**
- **Les événements qui rythment la vie de l'entreprise sont des occasions privilégiées pour diffuser ces messages. Des initiatives spécifiques consacrées au paludisme peuvent aussi être organisées afin de susciter la mobilisation collective, préciser les connaissances ou offrir des conseils concrets (causeries éducatives, visites à domicile…).**

LA MISE EN ŒUVRE

Les grandes étapes d'un programme IEC pour le paludisme

Étape 1
Définir le plan d'action IEC : stratégie, groupe cible, période, équipe…

Étape 2
Définir un calendrier d'activités IEC : événements, communiqués radio, visites d'information à domicile,…

Étape 3
Produire les supports de communication : communiqués radio, impression des T-shirts, affichage, etc.

Étape 4
Évaluer l'activité et les résultats (cf. fiche 26).

Note : les activités de distribution de MII et de contrôle vectoriel sont abordées dans les fiches 9 et 10.

Un programme contre le paludisme ne peut avoir un impact que si la population-cible change ses habitudes face à une maladie qu'elle a l'impression de « connaître depuis toujours » ; l'IEC doit donc être le socle du programme et en accompagner chacune des actions.

Quels messages diffuser?

L'IEC sur le paludisme se rattache à quelques grands thèmes transversaux :

- **Les risques :** insister en particulier sur les risques pour les populations vulnérables (enfants, femmes enceintes, expatriés… cf. fiche 2).
- **Le moustique :** insister sur la transmission du parasite par le moustique vecteur du paludisme et sur les heures de piqûres (première partie de la nuit).
- **La protection :** insister sur la possibilité de limiter fortement les risques d'être malade grâce à des moyens simples comme la moustiquaire imprégnée.

FOCUS

Enseigner les bons réflexes aux enfants
L'effort mérite d'être engagé auprès des enfants afin d'assurer un changement des comportements dans le long terme. Quelques réflexes à leur transmettre :

- La nuit tombe, attention, le moustique du paludisme peut me piquer.
- Pour me protéger du paludisme, je dors sous la moustiquaire en prenant garde à ne pas laisser un espace dans lequel un moustique pourrait passer.
- J'ai la fièvre, c'est peut-être le paludisme, je demande à mes parents qu'ils me conduisent le plus vite possible au centre de santé.
- L'infirmier m'a donné des médicaments contre le paludisme, je les prends jusqu'au bout pour être complètement guéri.

- **La prise en charge :** insister sur le besoin de consulter au plus vite un médecin ou un infirmier en présence des signes du paludisme (fièvre…). Rappeler que les accès graves pourraient être évités si tout accès simple était correctement pris en charge dans les 24 heures.

- **Le traitement et l'observance :** insister sur l'efficacité des ACT (cf. fiche 12) et l'importance de prendre le traitement jusqu'à son terme.

Quels moyens mettre en œuvre ?

- Le choix des **supports de communication** dépend de l'objectif recherché :

  - Les affiches : soutenir la mobilisation, faire la promotion d'une initiative du programme. Attention de faire valider l'affiche au préalable par des animateurs communautaires ou pairs éducateurs pour s'assurer que la population cible comprend bien le message.

  - Les dépliants : donner des conseils pratiques (ex : comment préparer la maison avant une campagne d'IRS).

  - Les boîtes à images : animer des séances d'IEC. Support très adapté pour les communautés environnantes dans le cadre d'un programme élargi.

  - La radio : faire passer des messages simples auprès d'une large population. Attention à diffuser les spots en nombre suffisant (au moins 2 fois par jour pendant 3 ou 4 mois[9] et aux bonnes heures (le matin tôt, le soir).

- L'IEC passe aussi par des **évènements**, pièces de théâtre, causeries éducatives… Pour avoir plus d'impact, l'IEC doit s'intégrer dans l'organisation de l'entreprise ou de la communauté et en respecter les rythmes. Les cérémonies officielles (vœux, remise de médailles…) sont à mettre à profit pour diffuser les messages fondamentaux.

FOCUS

Réussir une campagne de visites à domicile

- Former des animateurs à la démarche participative (écouter, adapter le discours, susciter l'interrogation…),

- Prévoir 20 à 30 minutes par visite,

- Faire en sorte que tous les membres du foyer y assistent,

- Préparer un aide-mémoire avec les messages-clefs à laisser en fin de visite,

- Lancer les visites quelques mois après le début du programme pour tirer profit de tout leur potentiel : parfaire les connaissances, répondre aux interrogations, suivre les actions proposées.

- Le paludisme étant une maladie qui, plus qu'une autre, concerne le foyer (enfants et femmes enceintes sont les plus vulnérables, la protection se pense au niveau de l'habitat…), les **visites à domicile** sont certainement l'action d'IEC la plus efficace.

Elles permettent d'être proches de la population-cible, d'adapter le discours aux perceptions, connaissances et comportements de chacun des membres du foyer, et d'accompagner la mise en œuvre d'actions de lutte (ex : suivi de la bonne installation et de l'utilisation de la moustiquaire).

9 Academy for Educational Development and The Manoff Group / USAID, Spot on Malaria, 2005

Quelles approches privilégier ?

Il n'y a jamais d'approche prédéfinie en matière d'IEC : messages et techniques doivent toujours être adaptés à un contexte donné. Voici cependant quelques conseils pour toucher plus efficacement la population-cible :

- **Utiliser les langues locales lorsque cela peut faciliter l'appropriation.**
- **Privilégier les démarches participatives.** Une discussion est souvent plus constructive qu'un « cours » magistral pour faire passer des messages, susciter l'interrogation et favoriser l'adhésion autour de solutions trouvées collégialement.
- **Rechercher la constance dans le fond et la créativité dans la forme.** Il ne faut pas hésiter à répéter les mêmes choses, mais en renouvelant la manière de les présenter.
- **S'appuyer sur le groupe pour combattre les fausses croyances.** Les croyances sont souvent très ancrées. Un bon moyen est de prendre appui sur les personnes les plus éclairées du groupe en leur donnant la parole pour convaincre les autres.
- **Veiller à ce que les informations communiquées soient en adéquation avec la réalité.** Par exemple, avant de communiquer sur le fait que les femmes enceintes sont éligibles pour recevoir une moustiquaire gratuite au centre de santé de l'entreprise, s'assurer que les moustiquaires y sont bien disponibles au risque de décrédibiliser le programme.

Pour en savoir +

Roll Back Malaria. Méthodologies de communication et changement de comportement
L'information fournit ici permet de voir comment doivent se monter les programmes de communication au niveau national. Programme mondial bien connu, les recommandations de RBM sont généralement des références sur lesquelles on peut s'appuyer pour établir une campagne d'IEC malaria en même temps que le programme national.
http://www.rollbackmalaria.org/gmap/fr/4-8.html

Site Impact Malaria (Sanofi-Aventis)
http://en.impact-malaria.com/iml/cx/fr/layout.jsp?scat=DA77BC21-DE36-42EE-8D2A-D89E98F879D4
Nombreuses ressources disponibles pour l'IEC et la formation : module de formation, boîtes à image, jeux sur le paludisme…

FICHE 9 Le contrôle vectoriel

En amont, la lutte contre le paludisme consiste à combattre le moustique, vecteur du parasite. Le « contrôle vectoriel » désigne :

- les techniques de lutte contre les larves : assainissement, contrôle biologique, épandages d'insecticide ;

- les techniques de lutte contre les moustiques : utilisation d'insecticide par fumigation ou en application intradomiciliaire (IRS).

L'assainissement

- Il consiste à améliorer l'environnement pour éliminer ou éviter les points d'eau stagnante ou quasi-stagnante dans lesquelles le moustique peut pondre et ses larves se multiplier.

- Les actions sont multiples, de l'évacuation des eaux usées au revêtement des routes en passant par le remblayage des ornières et autres accidents de terrain.

- Ces grandes mesures **d'assainissement** sont cependant surtout du ressort des collectivités publiques dans le **cadre d'une politique de travaux** de voirie (et non dans le cadre strict de la lutte contre le paludisme).

FOCUS

Transmission et incidence ne sont pas proportionnelles

- A partir d'un certain niveau de transmission (nombre de piqûres infectantes), il n'y a pas de proportionnalité entre incidence* et transmission. Qu'un individu se fasse piquer 20 fois ou 200 fois sur une année, il présentera à peu près le même nombre d'accès palustres (source IRD).[10]
- En zone de forte transmission, une réduction de la transmission n'a donc pas nécessairement d'impact significatif sur l'incidence.

* Incidence : nombre de cas de paludisme dans une population donnée sur une période donnée.

L'ESSENTIEL

- **Le contrôle vectoriel vise à réduire la population de moustiques en luttant contre les larves et le moustique adulte dans l'objectif de casser le cycle de transmission.**

- **Plusieurs techniques existent : assainissement, épandages, fumigation, contrôle biologique et pulvérisations intradomiciliaires. Ces deux dernières techniques sont les plus couramment utilisées.**

- **Le contrôle biologique regroupe l'ensemble des procédés naturels visant à réduire le nombre de larves dans les gîtes existants.**

- **L'IRS (Indoor Residual Spraying), principale technique de contrôle vectoriel, consiste à pulvériser de l'insecticide liquide sur les murs intérieurs et les plafonds des habitations, ce qui éloigne ou tue le moustique.**

- **Pour des raisons techniques (couverture totale ou quasi-totale de la zone-cible pour une très forte baisse de la transmission et une réduction significative de l'incidence des cas de paludisme), le contrôle vectoriel est surtout adapté aux zones de paludisme instable, urbain ou saisonnier modéré.**

LA MISE EN ŒUVRE

Les grandes étapes du contrôle vectoriel

Étape 1
Définir la stratégie de contrôle vectoriel : calendrier, groupe cible, zone d'intervention, technique (assainissement, IRS, contrôle biologique…),

Étape 2
Identifier les partenaires et prestataires,

Étape 3
Officialiser la campagne et communiquer (interne et externe),

Étape 4
Évaluer l'activité et les résultats.

10 IRD. Projet Dielmo/Ndiop Sénégal – Conférence Robert V, Paris, 16/01/2006

- Une grande entreprise peut y avoir recours dans des cas particuliers :

  - en tant que partenaire d'une grande opération avec les pouvoirs publics ;

  - sur un vaste chantier qui nécessite des travaux de remise en état des routes et des terrains, de construction d'infrastructures temporaires…

  - dans le cadre d'une initiative pour améliorer le bien-être des employés et des communautés riveraines.

- A noter que les actions de « micro-assainissement » (ex : combler les flaques d'eau des gravas…) n'ont **aucun impact** sur la baisse du nombre de cas de paludisme (cf. encadré ci-dessous sur l'efficacité du contrôle larvaire). Il peut en revanche avoir un impact positif contre d'autres espèces de moustique comme l'aedes, vecteur de la dengue et de la fièvre jaune, ou du culex, vecteur notamment de la fièvre du Nil.

Le contrôle biologique

- Alternative aux insecticides, non polluante et non toxique, le contrôle biologique consiste à agir sur les gîtes larvaires existants par l'introduction de poissons mangeurs de larves ou l'épandage de bactéries.

EXEMPLE

Le programme de Dar-es-Salaam (Tanzanie)
100 000 gîtes larvaires sont traités chaque semaine sur une zone de 55 km² (600 000 personnes), principalement avec des bactéries (Bti en granulés) dispensées manuellement ; 250 personnes, issues à 93% des communautés concernées, y travaillent ; le suivi des équipes d'épandage et d'étude / contrôle est hebdomadaire.
Entre 2006 et 2008, la prévalence (nombre d'individus porteurs du parasite) a chuté de 43%.
Une fois le système rôdé (cartographie des gîtes achevée, formation des agents réalisée…), le coût du contrôle biologique est de l'ordre de 0,5 dollar (US) par an et par habitant.
(Source Dar-Es-Salaam City Council/Sanisphere, 2009 [11])

- Technique peu coûteuse adaptée pour des gîtes permanents (utilisée par exemple en Inde dans des citernes d'eau), les poissons larvivores sont néanmoins fragiles et leur efficacité est souvent incertaine en milieu naturel (les poissons ne se nourrissent pas que des larves).

- Exigeant une logistique lourde avec des épandages toutes les semaines ou toutes les deux semaines, l'épandage de bactéries permet cependant d'obtenir un rapport coût-efficacité intéressant en milieu urbain pour traiter des gîtes d'eau stagnante ne dépassant pas quelques dizaines de m², accessibles et bien circonscrits (voir encadré ci-contre).

Les épandages d'insecticides

- Fondement des politiques d'éradication du paludisme dans les années 1960, les programmes intégrant des épandages d'insecticide sont assez rares aujourd'hui, en raison principalement de la pollution qu'ils occasionnent.

FOCUS

Attention : Les mesures de contrôle larvaire ne seront efficaces que si elles permettent d'assainir tous les points d'eau sur plusieurs centaines de mètres, voire plusieurs kilomètres à la ronde :

- toutes les étendues d'eau, car il faut réduire considérablement la population de moustiques, en l'occurrence le nombre de gîtes larvaires, pour espérer obtenir une baisse des cas de paludisme (voir encadré sur le rapport transmission-incidence) ;

- plusieurs kilomètres, car l'anophèle peut voler jusqu'à 5 kilomètres du site de ponte au lieu de piqûre.

Pour ces raisons, la lutte anti-larvaire ne peut concerner que des zones urbanisées ou de transmission modérée, là où les étendues d'eau sont relativement peu nombreuses, identifiables et techniquement maîtrisables.

11 Sanisphere, Guide Pratique de Lutte contre le Paludisme à destination des ONG et des Communautés, 2009

• A noter que le DDT est formellement interdit pour tout usage extérieur. Les insecticides utilisés actuellement sont le plus souvent des organophosphorés.

L'IRS (Indoor Residual Spraying ou pulvérisation intradomiciliaire)

L'IRS consiste à pulvériser de l'insecticide liquide sur les murs et plafonds à l'intérieur des habitations. **L'IRS est la principale technique de contrôle vectoriel**, efficace dans des régions de transmission modérée au point de constituer une alternative à la moustiquaire.
Les pulvérisations intradomiciliaires figurent ainsi depuis fin 2006 parmi les 3 axes prioritaires de lutte préconisés par l'OMS aux côtés des moustiquaires imprégnées et de la prise en charge avec les ACT.

EXEMPLE

L'IRS, une technique efficace mais coûteuse et logistiquement exigeante. L'exemple du programme de Zanzibar (Tanzanie)
Le PNLP de Zanzibar, soutenu techniquement par Research Triangle Institute, une ONG basée à Washington, a lancé un vaste programme d'IRS depuis 2006. Une seule campagne par an suffit grâce à l'utilisation de pyréthrinoïdes à forte rémanence. 450 agents et 90 superviseurs, tous locaux, interviennent pendant 55 jours pour couvrir l'ensemble de l'île. Environ 200 000 foyers sont traités à chaque campagne, ce qui garantit un taux de couverture supérieur à 90%.
Hors coûts de lancement, **le coût d'une campagne est d'environ 9,3 dollars (US) par foyer.**
Le paludisme est aujourd'hui sous contrôle à Zanzibar, avec des niveaux de prévalence inférieurs à 2% chez les enfants de moins de 2 ans.
(source Zanzibar Malaria Control Programme 2008)[12]

• **Le double effet de l'IRS**

- Un effet létal : les anophèles qui piquent à l'intérieur de la maison sont tués en quelques instants en se posant sur les murs pour digérer leur repas de sang. L'effet létal casse la dynamique des transmissions futures.

- Un effet répulsif : l'IRS réduit fortement le nombre d'anophèles qui entrent dans la maison et donc le nombre de piqûres.

Note : Attention, l'IRS n'offre qu'une protection personnelle partielle. Certains anophèles rentrent malgré tout dans les habitations traitées et sont capables de piquer. Par conséquent, l'utilisation simultanée de la moustiquaire reste conseillée.

• **Une technique adaptée pour des niveaux de transmission faibles ou modérés**

- Lorsque le niveau de transmission est trop élevé, une baisse de la transmission n'entraînera pas de recul sensible de l'incidence des accès palustres (cf. encadré).

FOCUS

Plusieurs « types » de paludisme
• Selon les zones, le paludisme en présence peut être très variable en fonction de caractéristiques naturelles (climat, hydrographie, sols…), entomologiques (espèces d'anophèles), de facteurs humains (urbanisation)…

• Les classifications du paludisme sont diverses et complexes. Pour simplifier, il est possible de retenir les grandes catégories suivantes :
- **Paludisme stable** (régularité d'une année sur l'autre) **à transmission continue forte** ;
- **Paludisme stable à transmission continue faible à modérée et à transmission saisonnière** ;
- **Paludisme instable** ;
- **Paludisme urbain**.

• Moins la transmission est forte et régulière,
- Plus l'immunité est faible, ce qui accroît les risques d'accès graves ;
- Plus sont importants les risques d'épidémie liées à une augmentation exceptionnelle de la transmission (ex : multiplication des gîtes larvaires lors d'inondations).

12 ZMCP/Sanisphere, Enquête IRS à Zanzibar,

FOCUS

Complexe à mettre en œuvre et exigeant de réelles précautions de santé publique (il s'agit de rentrer dans les habitations pour pulvériser de l'insecticide), **il est fortement recommandé à l'entreprise de se faire assister par le Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP), un institut de recherche ou une organisation expérimentée sur les différentes étapes** (étude de faisabilité, choix de l'insecticide, achat du matériel, formation des équipes, organisation générale…).

- L'IRS est donc particulièrement recommandée dans les zones où le niveau de transmission est faible à modéré : zones de paludisme instable, de paludisme urbain ou de paludisme stable à transmission saisonnière faible ou modérée.

- Par ailleurs, dans l'objectif de faire chuter le nombre d'anophèles dans un périmètre bien circonscrit et pour des raisons logistiques, l'IRS est plutôt adaptée à des zones où l'habitat est concentré (ex : cité ouvrière).

- Dans les zones où le niveau de transmission est très élevé, il est recommandé de coupler l'IRS avec d'autres actions (principalement les moustiquaires imprégnées) ou d'augmenter la fréquence des campagnes d'IRS. Sinon, les résultats peuvent être décevants.

La fumigation

- Mesure de lutte anti-vectorielle, la fumigation consiste à tuer les moustiques adultes en pulvérisant un nuage d'insecticide dans les zones habitées où la densité de moustiques est très élevée.

- Coûteuse, efficace seulement dans certaines conditions (entomologiques, météorologiques…), la fumigation est aujourd'hui utilisée de manière exceptionnelle contre les anophèles.

FOCUS

Contexte de recours à la fumigation : essentiellement en cas d'épidémie dans des zones de paludisme instable ou stable à faible transmission et à forte densité de population.

Pour en savoir +

Conférence : "Optimiser les moyens du contrôle vectoriel dans la lutte intégrée contre le paludisme : de la recherche à la mise en œuvre". Les Amis du Fonds Mondial, Paris 17 novembre 2009.
Les différentes méthodes de contrôle vectoriel sont abordées ainsi que les succès et les échecs des différents programmes.
http://www.afmeurope.org/site/spip.php?page=lutte&id_article=172&id_rubrique=5&id_mot=5

"Guide Pratique de Lutte contre le Paludisme à l'attention des ONG et des communautés" (Sanisphere)
www.sanisphere.com/pdf/En/Practical_guidebook_for_the_fight_against_malaria_NGOs_and_Communities.pdf
7 fiches pratiques consacrées aux différentes techniques de lutte anti-vectorielle et de contrôle larvaire.

"MAP, Malaria Atlas Project" (Kenya Medical Research Institute / University of Oxford)
www.map.ox.ac.uk
Modèle détaillé, pays par pays, des limites spatiales du paludisme dû à P. falciparum et P. vivax.

"A tool box for operational mosquito larval control"
www.malariajournal.com/content/7/1/20
Publication sur le programme de contrôle biologique mené à Dar-es-Salaam (Tanzanie).

FICHE 10 Moustiquaire et protection individuelle

La protection individuelle vise à limiter les contacts entre l'individu et le vecteur (l'anophèle). Une bonne utilisation des moyens de protection passe par l'évolution des comportements ; l'IEC doit nécessairement accompagner la mise en place d'une campagne (cf. fiche 9).

La moustiquaire imprégnée d'insecticide, pilier de la protection individuelle

- La moustiquaire imprégnée protège très efficacement l'individu pendant ses heures de sommeil, soit pendant l'essentiel de son temps d'exposition aux piqûres infectantes (cf. fiche 2).

- L'imprégnation ajoute à la barrière physique de la toile moustiquaire un effet répulsif et létal (mortel). Ainsi une moustiquaire imprégnée, même trouée, mal bordée ou en contact avec une partie du corps de l'individu, conserve une efficacité. Lorsque le niveau de couverture est important, il y a un « effet de répulsion de masse » : les moustiques entrent moins dans les maisons équipées.

- Des mesures complémentaires restent nécessaires pour une protection en dehors des heures de sommeil.

FOCUS

A qui distribuer des moustiquaires ?
Les stratégies présentées ci-dessus visent en priorité les cibles les plus vulnérables, enfants de moins de 5 ans et femmes enceintes. Cependant, dans les zones de paludisme instable, l'OMS recommande d'élargir la distribution à l'ensemble de la population.

L'ESSENTIEL

- **Avec un rapport coût / efficacité exceptionnel, la moustiquaire imprégnée d'insecticide est le pilier de la protection individuelle.**

- **Les nombreuses autres solutions, nettement plus onéreuses, peuvent être envisagées pour la protection des salariés expatriés non immuns.**

- **L'adoption de la moustiquaire présente les mêmes exigences « marketing » que pour tout autre produit. Il convient de :**
  - **Convaincre de son intérêt : bénéfices, raisons de son efficacité…**
  - **La rendre financièrement et physiquement accessible : subventions, distribution…**

- **Sa bonne utilisation bute souvent sur de mauvaises habitudes et ses problèmes pratiques d'accrochage ou d'installation. Cela rend nécessaire un suivi constant par des campagnes d'IEC.**

LA MISE EN ŒUVRE

Les grandes étapes d'un programme de protection individuelle contre le paludisme

Étape 1
Définir la stratégie du programme : calendrier, groupe cible, distribution et installation MII, visites à domicile…

Étape 2
Identifier les partenaires, prestataires et fournisseurs,

Étape 3
Officialiser la campagne et communiquer (interne et populations) en cohésion avec le programme IEC (cf. fiche 8) et les autorités sanitaires locales,

Étape 4
Planifier le contrôle qualité, évaluer l'activité et les résultats (cf. fiche 26).

Assurer les aspects logistiques d'une campagne de moustiquaires

- Les moustiquaires fournies par l'entreprise doivent être imprégnées d'insecticide. Celles-ci conservent leur efficacité pendant 3 à 5 ans.
- Il faut abandonner les moustiquaires non imprégnées et celles imprégnées après confection.
- Outre l'imprégnation, les moustiquaires présentent différentes caractéristiques physiques, certaines pouvant influer fortement sur leur efficacité et leur résistance ainsi que sur leur adoption et leur usage par les populations (cf. « Pour en savoir + »).
- Le PNLP tient en général à disposition une liste de fournisseurs agréés. Parmi eux, les organisations de marketing social sont particulièrement recommandées pour les prix avantageux (entre 3,5 et 4 euros l'unité), les facilités logistiques et l'accompagnement qu'elles proposent (ex : PSI, organisme à but non lucratif, leader du marketing social, cf. « Pour en savoir + »).

FOCUS

Repères pour le stockage et le transport
Les moustiquaires sont disponibles en balles de 25, de 50 ou de 100. Leurs emballages résistent au soleil et à la pluie. Une balle de 100 moustiquaires pèse environ 50 kilos et occupe 1/2 m^3.

Accompagner l'adoption et l'utilisation de la moustiquaire

Une campagne de moustiquaires (distribution et installation) sans IEC est vouée à l'échec. L'IEC sur la moustiquaire doit viser à :

- **Convaincre de l'intérêt d'utiliser une moustiquaire :** mettre en avant le bien-être apporté (nuit sans moustique et sans autres insectes piqueurs) et les économies réalisées (sur la consultation et les médicaments), convaincre de l'efficacité (double protection offerte par la toile et l'insecticide), rassurer sur la non-toxicité de l'imprégnation par l'insecticide (cf. encadré ci-contre), valoriser la moustiquaire (des utilisateurs et des parents responsables).

FOCUS

Une imprégnation sans risque sur la santé
Le procédé utilisé écarte tout risque d'intoxication, même lorsque la peau, les narines ou les lèvres sont en contact avec la moustiquaire.

- **Apporter des réponses aux raisons et habitudes faisant obstacle à sa bonne utilisation**
  - Le fait de dormir dehors pendant la saison chaude : choisir un mode d'accrochage permettant d'emmener la moustiquaire à l'extérieur (Cf. infra).
  - L'impression d'étouffer sous la moustiquaire (claustrophobie, sensation de chaleur – il fait légèrement plus chaud sous la moustiquaire) : minimiser le désagrément en rappelant les risques encourus.
  - La lassitude d'installer la moustiquaire : réfléchir au mode d'accrochage le moins fastidieux.
  - La mauvaise installation de la moustiquaire : rappeler qu'il faut border la moustiquaire sous la paillasse ou sous le matelas pour être complètement protégé.

FOCUS

Les précautions de lavage
Ne pas laver la moustiquaire plus de 5 fois par an (l'insecticide disparaît au bout de 20 lavages pour une moustiquaire longue durée).
Ne pas la laver ni jeter l'eau de lavage trop près d'un puit, d'une rivière ou de tout réservoir d'eau potable.
Laver-la avec de l'eau froide et du savon (pas de javel).

- Les manipulations brusques : les mailles restent relativement fragiles ; rappeler qu'une moustiquaire déchirée perd de son efficacité et qu'elle se manipule donc avec soin.

• **Accompagner les populations pour résoudre les difficultés pratiques**

- L'accrochage. Difficulté majeure dans la mise en place d'une campagne, il faut impérativement donner des conseils pratiques en fonction du type d'habitat. Il est également conseillé de fournir le matériel facilitant l'accrochage voire d'accrocher sur site la moustiquaire en présence des membres de la famille.

ASTUCE

Encourager l'utilisation de la moustiquaire grâce aux visites à domicile
Les visites à domicile sont particulièrement adaptées pour suivre une « opération moustiquaires » :
- remotiver les foyers visités en rappelant les avantages de la moustiquaire et en répondant aux interrogations individuelles ;
- fournir une aide au cas par cas sur les problèmes d'installation.

Des visites à l'improviste permettent de plus de contrôler le bon usage de la moustiquaire. Elles sont le moyen le plus sûr de mesurer la réussite effective d'une campagne.

Faciliter l'acte d'achat

Faciliter l'acquisition en rendant l'investissement accessible :

• **Par des prix étudiés :**

- La gratuité n'est pas toujours la meilleure solution (produit perçu comme sans valeur, risque de détournement, opération coûteuse…) mais peut être envisagée dans des cas précis (ex : femmes enceintes, consultations d'enfants en bas âge, consultation pour un accès palustre…) ou dans le cadre de l'élargissement du programme aux communautés environnantes (la gratuité est préconisée par l'OMS vis-à-vis de populations démunies).

- Un prix subventionné est souhaitable car il responsabilise l'acquéreur. Solution parfaitement adaptée aux entreprises, d'autant plus qu'elles bénéficieront d'un retour sur investissement en cas d'opération fructueuse.

FOCUS

Différents schémas de subventions à envisager
- généralisées (prix unique subventionné pour tous) ;
- ciblées (prix subventionné pour des cibles prioritaires) ;
- croisées (prix plus élevé pour certaines cibles afin de le réduire pour d'autres), schéma adopté par les organisations de marketing social.

• **Par des solutions de financement :** par exemple vente à crédit avec retenue sur salaires, tontines (en particulier celles émanant des associations de femmes).

• **Par une disponibilité du produit :** la moustiquaire doit être visible (modèles d'exposition donnant des idées pour l'installation) et doit pouvoir être achetée à l'endroit où elle est visible. Dans le cas d'une vente à grande échelle, multiplier les canaux de distribution, centres de soins, pharmacies, épiceries, vendeurs dans la rue, associations, ONG…

Les autres moyens de protection individuelle

FOCUS

Important
Tous les moyens suivants (hormis le traitement des tentes à l'insecticide) ont un coût bien supérieur à la moustiquaire imprégnée (cf. tableau ci-dessous) pour une efficacité bien moindre.

- **Serpentins :** effet répulsif et « knock-down » pendant 6 à 8h. Peu coûteux (moins d'un euro pour une douzaine de serpentins), cette solution peut être préconisée en intérieur, dans une habitation bien aérée, pour compléter la moustiquaire avant le couchage. Les serpentins peuvent être irritants (toux), gênants (odeur) et de qualité variable.

- **Diffuseurs électriques d'insecticides :** bon moyen de protection, alternative possible à la moustiquaire. A brancher une heure avant le coucher. Durée de vie allant de 8 à 45 jours (pour l'insecticide liquide).

- **Répulsifs corporels :** très bonne efficacité si utilisés à la bonne concentration avec un produit efficace.

- **Aérosols :** effet létal immédiat. Utilisation contraignante, forte inflammabilité, effet irritant en cas de mauvaise aération (toux…).

Figure 3
Estimation des coûts annuels respectifs de 5 moyens de protection individuelle utilisés pour une famille de 5 personnes, dormant dans 3 lits différents disposés dans 2 pièces, (Sanisphere 2008[13])

	Coût / an	Hypothèses
Moustiquaire imprégnée	6 euros	Coût moyen annuel de 2 euros pour une moustiquaire longue durée
Serpentin	50 euros	1 serpentin/pièce/jour, 1 euro les 15 serpentins
Diffuseur électrique d'insecticide	240 euros	10 heures d'utilisation/jour (soit 20 heures pour les 2 pièces), 10 euros les 300 heures d'utilisation
Répulsif corporel	300 euros	1 bombe/mois/personne, 5 euros € la bombe
Aérosol	100 euros	1 bombe pour la maison/semaine, 2 euros la bombe

13 Sanisphere, Etude sur les moyens de protection individuelle, Prix 2008, Cameroun, 2008

- **Traitement des textiles par un insecticide :** vêtements, mais aussi rideaux, draps de lit supérieurs, voiles, foulards… Utile pour les vêtements fins, même longs : certaines piqûres se font au travers. Retraitement nécessaire tous les 2 mois ou 5 lavages. Coût et mode d'application très variables. Préconisé pour les expatriés ou dans des situations très particulières (travailleurs en forêt…). Le traitement des rideaux se fait avec l'insecticide d'imprégnation des moustiquaires.

- **Climatisation et ventilateurs :** la climatisation réduit l'agressivité des moustiques (le froid engourdit) et les éloigne, le ventilateur peut les éloigner. Ces moyens ne peuvent être que des compléments : ils n'empêchent pas les moustiques de piquer et sont donc incertains.

- **Grillages anti-moustiques aux fenêtres :** accroît l'herméticité de la maison ou des locaux de travail.

- **Autres précautions :** port de vêtements longs et amples, de préférence de couleurs claires, limitation des sources lumineuses…

Pour en savoir +

«Guidelines for Employer-Based Malaria Control Programmes» (World Economic Forum)
www.weforum.org/pdf/Malaria.pdf
Plusieurs parties consacrées à l'efficacité de la moustiquaire et aux facteurs de succès d'un programme moustiquaire.

"Carte des programmes" (PSI)
www.psi.org/where-we-work
Carte des pays bénéficiaires d'un programme de marketing social coordonné par PSI.

IRD : Adapter les moustiquaires pour mieux combattre le paludisme
Ces travaux montrent qu'il est nécessaire de créer un cadre de discussion entre le personnel médical et la population et de rendre les moustiquaires plus pratiques à utiliser étant donné l'organisation des espaces domestiques.
http://www.ird.fr/la-mediatheque/fiches-d-actualites-scientifiques/330-adapter-les-moustiquaires-pour-mieux-combattre-le-paludisme

FICHE 11 La protection spécifique des personnes à risque

Dans son volet prévention, un programme d'entreprise contre le paludisme doit prendre en compte les risques spécifiques des groupes vulnérables :

- Enfants en bas-âge, femmes enceintes et travailleurs à risque (ex : employés de nuit…) parmi les populations locales (employés, ayant-droits…) ;

- Expatriés de régions non impaludées ou peu impaludées (ex : un Nord-Africain en Afrique subsaharienne).

Protéger les enfants (en bas-âge)

- Les enfants sont particulièrement vulnérables au cours des premières années de leur existence : la protection héritée de leur mère disparaît au bout de quelques mois et il faudra plusieurs années pour que se construise leur propre immunité (cf. fiche 2).

FOCUS

La protection des enfants : jusqu'à quel âge ?
L'âge de 5 ans a été fixé pour harmoniser les différentes politiques de santé, sous l'égide de l'OMS. Comme la durée d'acquisition de l'immunité varie selon les zones et les sujets (cf. fiche 2), l'extension des mesures préventives aux enfants âgés de 6 à 10 ans ne peut qu'être bénéfique.

- La prévention du paludisme chez les enfants passe principalement par l'utilisation correcte de la **moustiquaire imprégnée**, particulièrement adaptée pour eux puisqu'ils sont en général couchés toute la nuit, c'est-à-dire toute la période où les anophèles piquent.

FOCUS

3 messages sur la moustiquaire à faire passer auprès des parents
- Dans le foyer, équiper en priorité le lit des plus jeunes enfants.
- Bien border la moustiquaire afin que l'enfant ne puisse pas découvrir une partie de son corps en remuant pendant la nuit.
- Veiller à mettre l'enfant au lit assez tôt dans la soirée pour limiter le risque de piqûre.

L'ESSENTIEL

- **Parmi les populations locales, enfants en bas-âge et femmes enceintes sont les groupes à protéger en priorité au moyen de la moustiquaire et du traitement préventif intermittent (pour les femmes enceintes).**

- **Les salariés originaires de régions sans paludisme et travaillant dans une zone d'endémie sont aussi très vulnérables au paludisme en raison de leur absence totale d'immunité.**

- **La prévention commence par une sensibilisation permanente pour qu'ils intègrent le « risque-paludisme » dans leurs habitudes de vie. Plusieurs dispositions existent ensuite pour assurer leur protection, à commencer par la chimioprophylaxie, c'est-à-dire la prise régulière de médicaments préventifs.**

LA MISE EN ŒUVRE

Les grandes étapes de la prise en compte des personnes à risques

Étape 1
Identifier les groupes cibles du projet, évaluer les risques et la vulnérabilité (définir les populations cibles, déterminer la zone géographique d'intervention selon les techniques utilisées…),

Étape 2
S'assurer de la cohérence des interventions avec les campagnes d'IEC (cf. fiche 8),

Étape 3
Suivi & évaluation des indicateurs clefs (ie. incidence enfants moins de 5 ans, femmes enceintes, expatriés…), cf. fiche 26.

Protéger les femmes enceintes

- L'immunité d'une femme est réduite après ses trois premiers mois de grossesse, les risques sont alors accrus pour elle-même, mais aussi pour l'enfant qu'elle porte (cf. fiche 2).

- L'effort de prévention porte sur la **moustiquaire imprégnée**, ainsi que sur le **Traitement Préventif Intermittent (TPI)**.

- Le TPI consiste à administrer aux femmes enceintes au moins deux doses d'un traitement préventif (en général de la sulfadoxine-pyriméthamine, SP) lors des consultations prénatales des deuxième et troisième trimestres. Le protocole généralement préconisé est le suivant : une première dose au cours du deuxième trimestre, une seconde au cours du troisième trimestre de grossesse. **L'enjeu pour le centre de santé de l'entreprise est de veiller à ce que les femmes enceintes se rendent bien aux consultations prénatales** afin de pouvoir leur administrer le TPI.

Protéger les travailleurs à risque

- Les employés locaux ont en général développé une immunité contre le paludisme (cf. fiche 2). Certaines activités professionnelles cependant exposent les salariés à des risques accrus ; il est alors conseillé à l'entreprise de prévoir une protection spécifique pour eux.

  - **Les travailleurs de nuit**, exposés aux heures correspondant aux pics de piqûre : sprays corporels, vêtements de travail couvrants traités avec des insecticides, grillages-moustiquaires aux fenêtres des locaux, IRS… (cf. fiche 10).

  - **Les travailleurs intervenant sur des sites dans des zones de forte transmission** (travailleurs forestiers, ouvriers sur de grands chantiers…) : moustiquaire imprégnée, vêtements couvrants imprégnés pour la nuit, grillages-moustiquaires aux fenêtres des campements ou imprégnation des tentes…

Protéger les expatriés et les salariés mobiles

- Pour des salariés originaires de zones impaludées mais dans lesquelles la transmission et l'incidence palustre sont moindres, un surcroît de vigilance s'impose pour assurer une consultation immédiate en cas de fièvre (ex : un Malien du Nord sahel venant travailler au Cameroun).

- **Pour des sujets neufs (salariés expatriés…)** ou des sujets originaires de zone d'endémie mais qui ont passé plusieurs années dans une zone sans paludisme et qui sont de ce fait redevenus aussi peu immuns que des sujets neufs, l'entreprise doit prévoir un programme de protection spécifique.

1. **La chimioprophylaxie** préventive est **la mesure prioritaire de prévention des personnes non-immunes** (en particulier sur des séjours de moins de 6 mois).

FOCUS

Attention
Aucun traitement chimioprophylactique n'offre de protection complète face au paludisme.

- Le parasite a développé des résistances aux médicaments. En conséquence, l'OMS a classé les pays en quatre grands types correspondant au niveau de résistances à la chloroquine.

- Différents médicaments peuvent être retenus pour la chimioprophylaxie en fonction de cette typologie. Le choix incombe au médecin, qui a les compétences pour définir la stratégie de chimioprophylaxie la mieux adaptée à chaque situation. A titre indicatif, les molécules et médicaments possibles suivant les zones sont les suivants :

Figure 3
La chimioprophylaxie du paludisme selon les zones de résistance à P. falciparum

	Risque	Résistance de P. falciparum à la chloroquine	Molécule	Prix approximatif / semaine
Groupe 1	Nul ou très limité	Nulle	Pas de chimioprophylaxie	-
Groupe 2	Faible et saisonnier	Nulle	Chloroquine	1 $
Groupe 3	Modéré	Faible	Chloroquine + proguanil	4 $
Groupe 4	Fort	Elevée, multirésistances	Méfloquine (ou)	6 $
			Doxycycline (ou)	20 $
			Atovaquone+proguanil	3 $

- Il n'y a aujourd'hui plus de recommandations officielles sur la prise de médicaments préventifs au-delà de 6 mois. Pour les expatriés longue durée, la question de la stratégie et de la durée de chimioprophylaxie repose donc sur le médecin.

- L'arrêt de la chimioprophylaxie au bout de plusieurs mois exige que l'expatrié ait intégré le « risque-paludisme » dans son mode de vie.

2. **Moustiquaire imprégnée :** insister sur l'insuffisante protection de la climatisation.

3. **Diffuseurs et bombes insecticides :** ils peuvent être envisagés à condition d'être rigoureusement utilisés dans une chambre fermée.

4. **Sprays répulsifs :** pour la peau et les vêtements. Ils constituent la seule mesure de protection contre les piqûres à l'extérieur une fois la nuit tombée.

5. **Vêtements imprégnés :** ils sont une bonne solution pour les séjours en zone très impaludée.

6. **Kit de traitement de réserve :** contient les outils de première urgence en cas d'isolement médical absolu (cf. Pour en savoir +)

FOCUS

Retour au pays et expatriation longue durée : ne pas relâcher la vigilance !
Retour au pays : Les cas de paludisme qui se déclenchent plusieurs jours après le retour au pays sont fréquents. Deux messages à faire passer:
1 «Toute fièvre survenant dans les trois mois après le retour d'une zone d'endémie constitue une urgence médicale. »
2 «Signalez tout de suite à votre médecin que vous revenez d'une zone d'endémie pour l'aider dans son diagnostic. »
Expatriation longue durée : De nombreuses années sont nécessaires pour acquérir une bonne immunité en se faisant piquer régulièrement et en faisant des accès palustres.
Les expatriés longue durée ne sont souvent plus sous chimioprophylaxie et se protègent naturellement de moins en moins au fil du temps. Un message à faire passer :
«Même après plusieurs années, un expatrié reste vulnérable ».

Pour en savoir +

Roll Back Malaria : Paludisme et Grossesse
Fiche spécifique sur les risques encourus par les femmes enceintes face au paludisme.
www.rollbackmalaria.org/cmc_upload/.../infosheet4_fr.pdf

Roll Back Malaria : Le paludisme chez les enfants
Fiche d'information sur les risques du paludisme chez l'enfant et les moyens de le prévenir.
http://www.rollbackmalaria.org/cmc_upload/0/000/015/367/RBMInfosheet_6fr.htm

"Bulletin de l'INVS": recommendations sanitaires pour les voyageurs, 2 juin 2009, n°23/24
www.invs.sante.fr/beh/2009/23_24/beh_23_24_2009.pdf
Numéro spécial sur la santé des voyageurs et expatriés, approfondissements sur la chimioprophylaxie chimioprophylaxie préventive

FICHE 12 L'accompagnement de la prise en charge du paludisme

L'ESSENTIEL

- **Le paludisme est une maladie multiforme : le diagnostic clinique, réalisé à partir des symptômes observés, est complexe et doit être confirmé par un diagnostic biologique (test sanguin) pour s'assurer de la réalité de l'accès palustre.**
- **L'accès de paludisme simple se traite efficacement : les ACT, associations à base d'artémisinine, permettent de traiter un accès simple en seulement 3 jours et par voie orale (hors cas de vomissement).**
- **L'accès grave demande une hospitalisation plus ou moins longue, en fonction de l'évolution des signes cliniques.**

LA MISE EN ŒUVRE

Les grandes étapes de l'accompagnement à la prise en charge du paludisme

Étape 1
Évaluer les risques et la vulnérabilité du groupe cible (zone, prévalence…),

Étape 2
Mettre en place ou améliorer les techniques de diagnostic biologique,

Étape 3
Assurer un circuit fiable d'approvisionnement en tests de dépistage et en traitements (fournisseurs, centre de référence…),

Étape 4
Suivi des indicateurs clefs (incidence femmes enceintes, enfants de moins de 5 ans, nombre d'accès simples versus graves…), cf. fiche 26.

Diagnostic clinique, diagnostic biologique

- Dans le cas du paludisme, on distingue deux types de diagnostic :

  - le **diagnostic clinique**, réalisé après examen clinique complet du malade (interrogatoire, examen) ;

  - le **diagnostic biologique**, basé sur des tests visant à mettre en évidence la présence du parasite dans le sang de la personne testée.

- Le diagnostic clinique est complexe : le paludisme est une maladie insidieuse qui peut se manifester de multiples manières selon les individus, de sorte que les symptômes principaux eux-mêmes (fièvre, maux de tête… cf. fiche 2) sont difficiles à interpréter, même par des médecins expérimentés. La confusion avec d'autres maladies à fièvre comme la grippe est fréquente : beaucoup d'experts estiment ainsi qu'**au moins 50% des cas diagnostiqués en Afrique ne sont pas en réalité des cas de paludisme.**

FOCUS

Plusieurs techniques de diagnostic biologique

- La goutte épaisse : technique de référence, à utiliser lorsque l'entreprise possède ou a accès à un laboratoire capable de fonctionner selon les meilleurs standards.
- Le frottis : même remarque concernant le laboratoire.
- Le test fluorescent : méthode fiable mais coûteuse.
- Le test de diagnostic rapide : en l'absence de laboratoire, alternative sérieuse aux techniques précédentes.

- **Le diagnostic biologique est nécessaire pour donner sa certitude au diagnostic du paludisme.** Par ailleurs, il permet :

  - Une réduction des dépenses en médicaments : avec des traitements ACT à 3 euros et plus, le recours au diagnostic biologique est économiquement rationnel car il réduit très nettement le nombre d'antipaludiques prescrits au regard du principe de précaution.

- Un suivi épidémiologique rigoureux : lui seul peut renseigner sur l'évolution de l'incidence et de la prévalence.

- Une amélioration de la prise en charge des autres maladies à fièvre : la tendance à assimiler toute fièvre à un accès palustre fait écran au diagnostic d'autres pathologies.

FOCUS

L'introduction du diagnostic biologique dans le protocole de prise en charge du centre de santé **est une avancée décisive pour la santé des malades ainsi que pour le suivi du programme et la maîtrise des coûts des médicaments.** Elle est une mesure phare dans le cadre d'un programme contre le paludisme en entreprise.

FOCUS

Il existe plusieurs combinaisons à base d'artémisinine (ou d'un de ses dérivés) ; parmi les plus fréquentes, on peut citer artéméther-luméfantrine ou artésunate + amodiaquine. Le choix du traitement est laissé à l'appréciation du médecin.

Le traitement de l'accès simple

- Les accès simples se soignent très bien, par voie orale, à condition d'être pris en charge rapidement. A noter qu'il existe des formes galéniques pour les enfants (sirop et suppositoire).

- Dans de nombreuses zones d'endémie, *P. falciparum* mais aussi *P. vivax* sont devenus résistants aux molécules utilisées pendant des décennies, surtout la chloroquine.

- Les combinaisons thérapeutiques les plus efficaces aujourd'hui sont les traitements à base d'artémisinine, les ACT (Artemisinin Combined Treatment) qui combinent l'artémisinine avec une ou plusieurs autres molécules.

- **Les ACT :**

  - **Présentent une excellente efficacité :** l'association permet de gérer la période aiguë et une longue durée d'action.

  - **Sont facteurs de bonne observance :** des traitements combinant l'artémisinine ou l'un de ses dérivés et une molécule associée existent souvent en coformulation. De plus, un traitement ACT dure **3 jours.**

Le traitement de l'accès grave

- Lorsque l'accès évolue vers un accès grave, il nécessite toujours une surveillance médicale accrue et une hospitalisation.

- La **quinine**, le plus ancien des antipaludiques, **reste le traitement de référence pour les accès graves.** Mélangée avec un sérum glucosé, elle est injectée en perfusion intraveineuse.

- Il existe des alternatives à ce traitement de référence :

  - l'administration de la quinine par voie intramusculaire, avec des précautions d'utilisation pour éviter les accidents liés à l'injection, si l'hospitalisation n'est pas envisageable dans l'immédiat. Attention, ces traitements sont des traitements d'attente avant une prise en charge plus appropriée. Par ailleurs, **la voie intramusculaire doit être évitée chez l'enfant : mode d'administration douloureux, il peut aboutir à une paralysie du membre inférieur.**

  - l'administration de dérivés de l'artémisinine dont l'efficacité est démontrée par voie injectable et/ou rectale.

Accompagner la prise en charge des cas de paludisme

Le volet prise en charge d'un programme contre le paludisme en entreprise consiste à faciliter le travail du personnel de santé et à lui donner les moyens de dispenser une prise en charge aux meilleurs standards. Plusieurs leviers existent :

- Mener des campagnes d'IEC pour convaincre les populations de consulter en cas de fièvre plutôt que de recourir à la médecine traditionnelle ou à l'automédication. Il n'y aurait pas de mortalité liée au paludisme si tous les cas étaient correctement traités dans les bons délais (cf. fiche 2).

FOCUS

Les mères de famille, maillon essentiel de la prise en charge de l'enfant

3 messages à leur transmettre :

- Une fièvre chez votre enfant ? Consultez sans attendre !
- Votre enfant rechigne à prendre ses comprimés ? Ecrasez-le et diluez-les dans de l'eau salée.
- Votre enfant fait des convulsions ? Menez-le d'urgence au poste de santé le plus proche !

- Intégrer le recours au diagnostic biologique dans le protocole de prise en charge (cf. supra).

- Organiser la prise en charge d'une population-cible éloignée du centre de santé : favoriser la mobilité du personnel de santé (moyen de locomotion adapté) ou le rapatriement des malades, prévoir des protocoles d'attente (kit de traitement de réserve, cf. fiche 12)…

- Assurer l'approvisionnement en traitements de bonne qualité : achat des traitements auprès de grossistes reconnus ou de la pharmacie centrale publique, gestion des stocks…

- Rendre les traitements financièrement accessibles pour la population-cible : gratuité des traitements ou ticket-modérateur selon la politique de l'entreprise pour éviter tout achat de médicaments dans la rue ou le recours à la médecine traditionnelle.

- Aider à une bonne observance : condition d'une guérison totale sans rechute ultérieure, la bonne observance est fonction des explications données au malade par la personne qui lui donne le médicament. Le personnel de santé doit rappeler les étapes suivantes :

  - Expliquer plusieurs fois la posologie (combien de comprimés à prendre et comment les prendre, à quel moment de la journée, pendant combien de jours).

  - Faire répéter le malade pour s'assurer qu'il a bien compris.

  - Expliquer les risques de la maladie.

  - Expliquer l'action des médicaments.

  - Expliquer les effets secondaires et la manière de les corriger.

  - Insister sur les risques de rechutes en cas d'arrêt en cours de traitement.

  - Donner des fiches de traitement (avec dessins si analphabète).

Pour en savoir +

OMS-Diagnostic et prise en charge du paludisme grave
whqlibdoc.who.int/.../WHO_CDS_CPE_SMT_2000.4_Rev.1_Partiel_fre.pdf
Guide très complet et détaillé à l'attention des responsables de projet ou des praticiens médicaux et paramédicaux.

"Malaria diagnosis : a guide for selecting rapid diagnostic test kits" (UNICEF, 2007)
www.unicef.org/supply/files/Guidance_for_malaria_rapid_tests.pdf
Choix des tests selon les zones, transports, achats...

"Guide Pratique de Lutte contre le Paludisme à l'attention des ONG et des communautés" (Sanisphere)
www.sanisphere.com/pdf/En/Practical_guidebook_for_the_fight_against_malaria_NGOs_and_Communities.pdf
6 fiches pratiques sont consacrées à la prise en charge et au diagnostic.

PARTIE 4

GUIDE DES PROGRAMMES DE SANTÉ EN ENTREPRISE

Les moyens de lutte contre la tuberculose

FICHE 13 IEC et prévention de la tuberculose

L'ESSENTIEL

- **L'IEC est indispensable au succès de la lutte contre la tuberculose, en particulier pour :**
  - **Encourager les personnes souffrant d'une toux de plus de 15 jours à consulter sans attendre ;**
  - **Lutter contre la stigmatisation des personnes tuberculeuses ;**
  - **Insister sur l'extrême importance d'observer scrupuleusement le traitement prescrit par le médecin.**
- **L'entreprise peut aussi rappeler les gestes d'hygiène et de prévention élémentaires comme le fait de mettre la main devant la bouche en cas de toux ou d'éternuement.**
- **Elle doit par ailleurs veiller à tenir ses locaux aérés et ensoleillés.**
- **Elle peut enfin encourager la vaccination des enfants par le BCG et la chimioprophylaxie pour certaines personnes à risque (personne immunodéficiente, enfant de moins de 5 ans en contact avec un tuberculeux contagieux).**

LA MISE EN ŒUVRE

Les grandes étapes de la prévention de la tuberculose

Étape 1
Mettre en place une vigilance continue et définir une stratégie d'IEC si les salariés, ayant droit et/ou populations riveraines sont exposés au risque de contracter la tuberculose,

Étape 2
Choisir les messages, les supports et définir les moyens à mettre en oeuvre,

Étape 3
Définir un calendrier d'activités IEC : événements, communiqués radio, visites à domicile…

Étape 4
Produire les supports de communication : communiqués radio, T-shirts, affichage…

Étape 5
Suivi & évaluation du projet (cf. fiche 26).

La prévention de la tuberculose passe essentiellement par une vigilance continue en vue d'un dépistage prompt (cf. fiche 14). Certaines mesures cependant peuvent être prises par l'entreprise pour prévenir les risques de contagion. Par ailleurs, comme dans tout programme de santé, il est nécessaire de soutenir les actions par de l'IEC, en particulier pour lutter contre la stigmatisation de cette maladie souvent perçue par les populations comme la « maladie de la pauvreté ».

Les messages principaux à faire passer

- Ces messages peuvent être diffusés au moyen de campagnes d'affichage, de causeries éducatives. Ils seront naturellement rappelés lors des consultations pour le dépistage et avant le lancement du traitement.
- Les **groupes de discussion** autour des grands thèmes de santé sont un moyen très efficace pour favoriser l'appropriation des messages. Dans le cas de la tuberculose, ils permettent de prévenir la stigmatisation et font prendre conscience à tous de l'importance de soutenir le malade durant son traitement.
  - **La tuberculose est une maladie grave potentiellement mortelle.** Les populations tendent à sous estimer les risques liés à la tuberculose.
  - **Consulter en cas de toux persistante** (plus de 15 jours[14]). Souligner l'importance de consulter pour soi, mais aussi pour son entourage.
  - **La tuberculose n'est pas un facteur de discrimination dans l'entreprise** (ou pour les candidats lors de la visite médicale d'embauche : la découverte de la tuberculose ne réduit aucunement vos chances de continuer avec nous…).

14 OMS, Guide destiné à l'appui au traitement contre la tuberculose, p5. Genève, 2004

- **La tuberculose est une maladie fréquente qui peut toucher tout le monde.** La lutte contre la stigmatisation est un point crucial de l'IEC sur la tuberculose. De nombreuses études ont montré que la stigmatisation participe fortement à retarder la consultation et rend plus difficile le suivi adéquat du traitement (source «Stop TB», cf. «Pour en savoir +»). A la stigmatisation liée au fait que la tuberculose est une maladie souvent associée par les populations à la pauvreté, s'ajoute aujourd'hui la stigmatisation liée au lien étroit entre tuberculose et infection à VIH.

- **Le traitement de la tuberculose dure 6 mois (ou 8 mois).** La population cible doit être consciente qu'il s'agit d'un traitement long afin de limiter les risques d'abandon par ignorance (abandon dès que l'état de santé semble s'améliorer…) ou par lassitude (le patient ne s'attendait pas à un effort aussi long).

- **En suivant bien son traitement, on guérit définitivement de la tuberculose.** Souligner la nécessité d'une bonne observance pour guérir complètement et éviter les rechutes **mais aussi pour ne pas favoriser l'émergence de résistances.**

Enseigner les bons gestes

La prévention de la tuberculose passe aussi par l'adoption de gestes et de comportements simples qui permettent d'éviter la contagion :

- Mettre la main devant la bouche quand on tousse ou quand on éternue.

- Ne pas cracher n'importe où.

- Veiller à la propreté de la maison (balayage humide et désinfection), à son aération et à son ensoleillement (le bacille de Koch ne résiste pas au soleil).

- Veiller à avoir une vie saine, réduire la consommation d'alcool, supprimer le tabac, privilégier les activités de plein air…

Prendre les bonnes mesures

- **Vaccination par le BCG.** Développé en 1921, le BCG est aujourd'hui très largement administré aux enfants des pays en développement (83%, selon l'OMS[15]). Peu coûteux (1 à 3 $ par dose), il est efficace pour réduire la gravité des tuberculoses infantiles. Il est en revanche moins efficace pour prévenir sa propagation chez les adultes.

FOCUS

Veiller à la qualité sanitaire des locaux de l'entreprise
Pour éviter la circulation des bacilles tuberculeux et leur survie dans l'environnement il faut des locaux lumineux, ensoleillés et aérés. Chaque pièce doit avoir des fenêtres.

Vacciner les enfants dès la naissance (ou s'assurer qu'ils ont bien bénéficié du programme national de vaccination)

- **Chimioprophylaxie**. Un traitement chimioprophylactique de 6 mois avec l'isoniazide permet d'enrayer efficacement la progression de l'infection vers la maladie. Cette stratégie n'est néanmoins pas généralisable et n'est envisageable que pour :

  - les nourrissons dont la mère a une tuberculose pulmonaire contagieuse ;

  - les enfants de 5 ans et moins vivant dans un foyer avec un tuberculeux contagieux ;

15 OMS, WHO vaccine-preventable diseases: monitoring system, p8. Genève, 2009

- les personnes présentant un déficit immunitaire (ex : personnes séropositives au VIH, cf. fiche 15).

• **Mise en quarantaine des personnes contagieuses ?** Certaines entreprises ont recours à cette mesure. Elle n'apporte cependant qu'une réponse imparfaite au problème (cf. fiche 15) et risque en plus de nourrir la stigmatisation envers les employés contagieux. Enseigner les gestes d'hygiène au quotidien reste la mesure principale à prendre face à un tuberculeux contagieux.

Pour en savoir +

Stop TB : Point sur la tuberculose : « tuberculose ici, tuberculose partout »
www.stoptb.org/events/world_tb_day/.../TB%20-%20the%20facts.F.pdf
Rappel des enjeux de la lutte et de la prévention de la tuberculose dans le monde.

"Working with the media / How to make your messages on tuberculosis count" (Stop TB Partnership / OMS)
www.stoptb.org/.../Working%20with%20the%20Media%20Final%20Web.pdf
Document original présentant de nombreux conseils pratiques pour réussir à mobiliser médias et population-cible sur la tuberculose.

"Barriers Analysis Facilitator's Guide" (Food for the Hungry / Core Group / USAID)
http://www.stoptb.org/wg/advocacy_communication/acsmcl/assets/documents/Barrier_Analysis_Facilitator_Guide.pdf
Document approfondi sur les techniques visant à déterminer les obstacles sociaux et comportementaux face à un programme de santé. Certaines analyses permettent de mieux comprendre par exemple les raisons de la stigmatisation, préalable nécessaire à la conception des campagnes d'IEC.

"A guide to developing a knowledge, attitude and practice surveys" (Stop TB Partnership/WHO)
http://www.stoptb.org/resource_center/assets/documents/ACSM_KAP%20GUIDE.pdf
Guide visant à accompagner une organisation dans la collecte et l'utilisation d'informations au travers d'études CAP afin d'affiner l'IEC pour la tuberculose.

FICHE 14 Le dépistage de la tuberculose

Quand suspecter la tuberculose ?

• La tuberculose doit être suspectée face à **tout malade ayant une toux** (accompagnée ou non d'expectorations) **durant plus de 2 semaines.**

ASTUCE

Organiser des campagnes régulières de dépistage en entreprise ?
L'entreprise a intérêt à mener des campagnes annuelles ou semi-annuelles de radiographie pulmonaire. Cependant, ces campagnes ne serviront pas tant à identifier les cas de tuberculose (voir ci-contre) qu'à dépister d'autres affections respiratoires ou certains cancers (cf. fiche 17). Le dépistage efficace de la tuberculose reste lié à une surveillance continue de la population-cible.

• La suspicion doit être renforcée :

- Face à d'autres symptômes de tuberculose : difficultés respiratoires, perte de poids et d'appétit, sueurs nocturnes, fatigue et fièvre.

- En présence de certains signes radiologiques. Ces signes cependant sont rares et peu spécifiques de la tuberculose.

- En cas de contact rapproché avec un tuberculeux récemment notifié. Devant tout cas nouvellement diagnostiqué de tuberculose contagieuse (cf. fiche 3), la recherche de cas secondaires de tuberculose-infection ou de tuberculose-maladie dans l'entourage doit être une priorité. A noter qu'il importe que cette recherche soit entreprise de manière discrète et confidentielle.

• Par ailleurs, l'OMS recommande de diagnostiquer régulièrement les personnes séropositives au VIH.

L'ESSENTIEL

- **L'identification et le diagnostic rapide des cas de tuberculose est, avec l'observance du traitement, l'axe majeur de la lutte contre la tuberculose.**

- **Toux prolongée de plus de 2 semaines, contact rapproché avec un tuberculeux contagieux, infection par le VIH doivent entraîner une suspicion renforcée. Parallèlement, l'entreprise peut organiser des campagnes annuelles ou semi-annuelles de dépistage.**

- **Plusieurs techniques de dépistage existent, plus ou moins efficaces selon le stade d'avancement (infection ou maladie) ou le type de tuberculose (pulmonaire ou extra-pulmonaire).**

- **La bacilloscopie, recherche de bacille dans les expectorations du patient, est la technique de première ligne, peu coûteuse et réalisable dans un laboratoire peu sophistiqué (mais nécessitant un personnel qualifié).**

LA MISE EN ŒUVRE

Les grandes étapes du dépistage de la tuberculose

Étape 1
Organiser des campagnes régulières de dépistage en entreprise (bacilloscopie),

Étape 2
Identifier le(s) centre(s) de référence pour la prise en charge de la tuberculose,

Étape 3
Officialiser les campagnes de dépistage et communiquer en interne,

Étape 4
Mettre en œuvre le dépistage (Contractualisation si externalisation…),

Étape 5
Orienter les clients vers la structure de référence pour traitement ou examen complémentaire.

Comment diagnostiquer la tuberculose ?

• Le médecin fait le diagnostic à partir :

- des antécédents médicaux du patient,
- de l'évaluation de son état général de santé,
- de l'évaluation des symptômes et de leur date d'apparition,
- d'examens de laboratoire visant à rechercher la présence du bacille Koch dans ses expectorations (bacilloscopie),
- d'examens complémentaires (radiographies, examens biologiques).

• La **bacilloscopie** est l'examen de première ligne. Elle consiste à examiner au microscope un frottis de crachat du patient coloré par la méthode de Ziehl Nielsen. La production de crachats se fait au cours d'un effort de toux succédant à une inspiration profonde. Gardés au réfrigérateur, ils peuvent être conservés (et transportés) pendant 5 jours.

FOCUS

Une bacilloscopie en trois temps
Il est préconisé de réaliser 3 frottis consécutifs sur les crachats recueillis :
• lors de la première consultation ;
• le lendemain matin au lever à domicile, dans un crachoir remis au malade ;
• lorsque celui-ci revient avec le prélèvement du matin.
80% des porteurs de bacilles sont dépistés avec un seul examen, 15% lors du 2ème et 5% lors du 3ème.
(source UICTMR[16])

• Cet examen se fait dans un centre disposant d'un infirmier formé et d'un microscope. Peu coûteux, il ne nécessite pas de laboratoire sophistiqué.

16 Union Internationale Contre la Tuberculose et les Maladies Respiratoires, Prise en Charge de la Tuberculose, 5° édition, p8. Paris, 2000

• L'**examen radiographique** est adapté :

- pour le dépistage de la tuberculose-infection chez l'enfant ;
- pour une tuberculose extra-pulmonaire (cf. fiche 3) : radiographie du thorax, de la colonne vertébrale ;
- pour une tuberculose pulmonaire avec crachats positifs ;
- lorsque des complications sont suspectées (pneumothorax, péricardite, pleurésie) ;
- lorsqu'un seul prélèvement sur les 3 est positif;
- pour une tuberculose pulmonaire avec crachats négatifs si le patient continue à tousser malgré un traitement à base d'antibiotiques.

FOCUS

Face à des signes cliniques non spécifiques, le dépistage de la tuberculose est assez complexe… Le recours à l'examen de crachats est la base.

Pour en savoir +

Prise en charge de la tuberculose : Guide pour les pays à faibles revenus, 2000 (Enarson DA et al.)
http://www.theunion.org/component/option,com_guide/Itemid,79/
Ouvrage complet et en français sur le diagnostic et la prise en charge de la tuberculose.

"Protecting Your Workforce from Tuberculosis" (World Economic Forum)
http://www.weforum.org/pdf/GHI/FactSheets_HP.pdf
Document très complet, en particulier sur le dépistage, pour guider l'entreprise dans la prise en charge médicale de sa population-cible.

"Pathways for better diagnosis for tuberculosis" (Stop TB Partnership / OMS)
http://www.stoptb.org/resource_center/assets/documents/BluePrintTB_annex_web.pdf
Rapport récent sur les différentes techniques de diagnostic de la tuberculose existant à ce jour.

FICHE 15 Accompagner la prise en charge de la tuberculose

La tuberculose se soigne en général efficacement depuis l'apparition des antibiotiques dans les années 1950. La maladie connaît malheureusement un regain depuis quelques années à cause de l'apparition de l'épidémie VIH, d'une dégradation des conditions de vie de certaines populations et de la multiplication de souches résistantes au traitement.

Le traitement de la tuberculose

EXEMPLE

Prévenir la tuberculose infection
Un traitement préventif avec de l'isoniazide peut être mis en œuvre pour éviter l'évolution vers la tuberculose maladie. Il dure entre 6 mois et un an.
Barrick Gold Corporation, en Tanzanie, a adopté cette stratégie préventive pour tous ses employés séropositifs au VIH.
(source GBC)[17]

- La tuberculose fait l'objet d'une prise en charge standardisée au niveau mondial.
- 5 antituberculeux existent en première ligne : l'isoniazide, la rifampicine, la pyrazinamide, la streptomycine et l'éthambutol.
- **Le traitement de la tuberculose comprend généralement 2 phases :**
  - Une **phase intensive** (2 mois) qui vise à tuer rapidement le bacille au moyen de la combinaison de 4 molécules dont l'isoniazide et la rifampicine.
  - Une **phase de continuation** (4 mois ou 6 mois selon le protocole choisi) avec l'isoniazide et la rifampicine seules, qui vise à assurer une guérison complète du malade, à éviter l'émergence de souches résistantes et à prévenir les rechutes.

17 Global Business Coalition, Outstanding Business Action to Stop Tuberculosis, case studies, 2009

L'ESSENTIEL

- **La tuberculose maladie se traite au moyen d'un traitement de 6 (ou 8) mois combinant 4 molécules pendant 2 mois puis 2 pendant les 4 mois qui suivent.**
- **Les tuberculoses résistantes à l'une ou plusieurs de ces molécules se traitent plus difficilement et nécessitent une prise en charge plus longue, plus coûteuse et plus incertaine.**
- **L'enjeu principal de la prise en charge de la tuberculose réside dans l'observance rigoureuse du traitement par les patients afin d'assurer la guérison totale des malades et éviter l'apparition de souches résistantes.**
- **L'entreprise a un rôle décisif à jouer dans la mise en place de la stratégie DOT qui consiste à assister le malade dans la prise quotidienne du traitement.**

LA MISE EN ŒUVRE

Les grandes étapes de l'accompagnement à la prise en charge de la tuberculose

Étape 1
Identifier l'accessibilité des structures de soins spécialisées (DOT) les plus proches,

Étape 2
Définir le mode opératoire : externalisation/référencement, prise en charge en interne, suivi de la prise en charge,

Étape 3
Gérer les salariés atteints de tuberculose (mise en quarantaine en phase de contagion, suivi médical, délivrance du traitement, observance du traitement…),

Étape 4
Formation du personnel médical (stratégie DOT),

Étape 5
Suivi évaluation, définition des indicateurs clefs (Nb de cas traités, Nb de perdus de vue, Nb de cas multi résistants…).

FOCUS

Pour faciliter la prise du traitement par le patient, il existe des combinaisons à doses fixes réunissant dans un même comprimé les 4 molécules utilisées lors de la phase intensive et les 2 molécules pour la phase suivante.

- Lorsqu'ils ne bénéficient pas de traitement complet, certains patients développent des résistances à une ou plusieurs molécules de première ligne. Les **tuberculoses multirésistantes** représentent une forme particulièrement dangereuse car elles sont dues à des bacilles résistants à l'isionazide et à la rifampicine. Il est possible de soigner ces tuberculoses mais le traitement requis est long (jusqu'à deux ans), plus toxique pour les patients, plus coûteux (100 fois le prix d'une tuberculose pharmacosensible) et moins efficaces (guérison dans à peine 50% des cas).

- Plus graves encore, on parle de **tuberculoses ultrarésistantes** lorsque les médicaments utilisés pour soigner les tuberculoses multirésistantes ne font plus effet (cf. « Pour en savoir+ »).

FOCUS

Prise en charge conjointe du VIH/sida et de la tuberculose

Le traitement conjoint des deux pathologies est rendu difficile par des interactions médicamenteuses et des effets secondaires plus marqués. Des efforts particuliers de prise en charge intégrée sont recommandés.

Accompagner la prise en charge : la stratégie DOT

- Le traitement de la tuberculose étant long, l'un des enjeux majeurs de la lutte contre la tuberculose est de favoriser la bonne observance du traitement et de limiter au maximum le nombre de patients « perdus de vue » et donc le risque de créer des résistances aux bacilles.

- 30% des patients ne suivent pas correctement leurs traitements (et moins de 60% des malades ayant reçu une prescription parviennent à guérir)[18].
- L'abandon du traitement est lié :

  - à l'organisation des structures et circuits de soins (information, rupture de stock…),

  - au personnel soignant (disponibilité, motivation…),

  - au traitement (effets secondaires, nombre de comprimés et de prises),

  - à l'individu (raisons psychosociales, conditions de vie, ignorance des modalités du traitement).

- Pour pallier à ces difficultés, l'OMS et la communauté médicale internationale recommande de mettre en place une supervision quotidienne des patients au travers de la **stratégie DOT** (Direct Observed Treatment) qui consiste à **administrer le traitement sous le contrôle visuel d'un agent de santé** ou d'un accompagnateur formé. Cette stratégie, recommandée tant que le traitement comporte de la rifampicine, exige une organisation particulière :

FOCUS

La formation de l'accompagnateur pour la stratégie « DOT »

La personne désignée doit être capable de :
- surveiller et enregistrer la prise du traitement conformément à la prescription ;
- rechercher le patient lorsqu'il manque le traitement, dès le 1er jour de retard ;
- soutenir et encourager les patients ;
- référer les patients si un problème survient ;
- assister aux séances de formation complémentaire.

18 L'adhésion des patients, gage de réussite des traitements antituberculeux. IRD, 2007

- Soit une convocation quotidienne du patient au centre de suivi ;

- Soit une visite à domicile chaque jour d'un volontaire formé (travailleur associatif, ami… cf. encadré);

- Soit une hospitalisation si les deux solutions précédentes ne peuvent être mises en œuvre.

L'entreprise est un cadre idéal pour mettre en place la stratégie DOT

ASTUCE

Diverses formes de soutien
Le soutien des employés malades peut passer par des aides pratiques au cours de la prise en charge : maintien du salaire, aide au transport et aménagement du temps de travail pour se rendre au centre de santé, contribution à leur bonne alimentation...

- Elle a un **contact quotidien** avec ses employés.

- Elle peut recruter et former un **réseau de volontaires parmi les employés**, en accord avec les services nationaux de lutte contre la tuberculose, pour appliquer la stratégie DOT pour ses employés malades.

Note : La Banque Mondiale estime qu'un traitement contre la tuberculose avec la stratégie DOT revient à 10$ par patient et par an.

- Un temps de discussion entre l'agent de santé et le malade pour expliquer les différents aspects de la prise en charge est crucial avant de lancer le traitement et tout au long de la prise en charge (voir encadré).

- Le traitement des **tuberculoses résistantes** nécessite en général une hospitalisation du malade, au moins pendant les 2 premiers mois de la phase de traitement intensive (cf. «Pour en savoir +»).

FOCUS

La nécessité de l'IEC pour réussir la prise en charge
Le patient doit avoir conscience que le traitement est lourd mais qu'il doit s'y tenir pour guérir complètement. Il doit être informé :
- des traitements utilisés et de leurs effets secondaires,
- de la fréquence et de la durée du traitement,
- des examens de suivi,
- des risques en cas d'abandon.

Plusieurs écueils à éviter :
- Le patient peut confondre le traitement contre la tuberculose avec un traitement contre la toux. Il risque ainsi :
  - d'abandonner son traitement lorsque la toux disparaît ;
  - de donner le traitement à un autre membre de la famille qui tousse.
- En cas de traitement conjoint contre le VIH/sida, le patient doit comprendre que l'arrêt du traitement contre la tuberculose ne signifie pas l'arrêt du traitement contre le VIH.

Mettre en quarantaine les malades de la tuberculose ?

- Les personnes soignées pour une tuberculose maladie restent contagieuses pendant les premiers jours du traitement (approximativement 2 semaines).
- L'entreprise peut décider de demander au patient de rester chez lui au cours des premières semaines pour éviter de contaminer les autres salariés.
- Cette solution est cependant imparfaite car la personne malade risque alors de transmettre tout autant le bacille à ses proches (hors hospitalisation).
- Il faut dans les deux cas enseigner au malade les gestes de prévention et surveiller de près son entourage, ses collègues et sa famille.

Pour en savoir +

Prise en charge de la tuberculose : Guide pour les pays à faibles revenus, 2000 (enarson DA et al)
http://www.theunion.org/component/option,com_guide/Itemid,79/
Ouvrage complet et en français sur le diagnostic et la prise en charge de la tuberculose.

"Protecting Your Workforce from Tuberculosis" (World Economic Forum)
http://www.weforum.org/pdf/GHI/FactSheets_HP.pdf
Document très complet et pratique pour guider l'entreprise dans la prise en charge médicale de sa population-cible.

"Guidelines for the programmatic management of drug-resistant tuberculosis" (Stop TB Partnership/OMS)
http://www.stoptb.org/resource_center/assets/documents/tb_guidelines.pdf
Document de référence pour la prise en charge des tuberculoses multirésistantes.

PARTIE 5

GUIDE DES PROGRAMMES DE SANTÉ EN ENTREPRISE

Les moyens de lutte contre les autres maladies

FICHE 16 La santé de la mère et de l'enfant

L'ESSENTIEL

- **La santé de la mère et de l'enfant est un axe prioritaire des programmes de santé : il permet d'orienter de manière intégrée les actions de santé vers les groupes les plus vulnérables (femmes enceintes, nouveaux-nés et enfants en bas-âge).**
- **En entreprise, une attention toute particulière doit être portée pour garantir les meilleurs soins lors des grands rendez-vous (consultations prénatales, accouchement, consultations post-natales, vaccinations, consultations pédiatriques) et utiliser ces moments pour multiplier les actions de prévention (dépistage du VIH/sida et des IST, prévention du paludisme…).**
- **La santé de la mère et de l'enfant passe aussi par la capacité de l'entreprise à faciliter l'organisation de vie des femmes enceintes et des jeunes mères : aménagement des horaires, accès facilité aux consultations, mise à disposition de lieux pour allaiter…**

LA MISE EN ŒUVRE

Les grandes étapes d'un programme de santé mère-enfant

Étape 1
Évaluer les risques et la vulnérabilité du groupe cible (zone, prévalence, pyramide des âges…),

Étape 2
Définir le paquet d'activités du programme : consultation pré/post natale, PTME, vaccinations…

Étape 3
Définir les capacités de prise en charge en interne, son coût ainsi que la qualité et l'accessibilité des structures compétentes externes,

Étape 4
Communiquer en interne sur les mesures qui sont prises par l'entreprise dans un programme SME,

Étape 5
Suivi et évaluation, mise en place des indicateurs (cf. fiche 26).

La santé de la Mère et de l'Enfant (SME) désigne toutes les actions engagées au cours de la période prénatale, de l'accouchement, de la période post-natale et des premières années de l'enfant (jusqu'à 5 ans).

En 2005, l'OMS a lancé le Partenariat pour la Santé de la Mère, du Nouveau-Né et de l'Enfant. Cet axe transversal – de nombreuses pathologies s'y rattachent, à commencer par le VIH/sida et le paludisme – devient un axe prioritaire des politiques de santé nationales et internationales.

Pour une entreprise, la mise en oeuvre d'un programme de santé intégré autour de ces problématiques permet de centrer les efforts de manière cohérente sur les groupes les plus vulnérables.

Protéger les femmes enceintes au cours des consultations prénatales

Selon l'OMS, ½ million de femmes décèdent de complications liées à la grossesse. Les consultations prénatales restent la meilleure solution pour mettre en œuvre la protection de la femme enceinte. Un programme d'entreprise pourra intégrer les 3 composantes suivantes :

1/ La surveillance prénatale

Elle consiste à :
- suivre le développement de la grossesse sur le plan obstétrical (hauteur utérine, bruits du cœur, échographie si possible),

- dépister les complications par la surveillance de la tension artérielle, la recherche de protéinurie et glycosurie, le groupage sanguin, le suivi du poids.

Ce suivi prénatal s'accompagne de conseils et d'informations sur l'alimentation, l'accouchement, l'hygiène de vie…

2/ La prévention de la transmission mère enfant du VIH/sida (PTME)

La PTME est la stratégie thérapeutique à base d'ARV conçue pour traiter la femme enceinte séropositive au VIH

et prévenir l'infection à VIH chez l'enfant (cf. les modes de transmission du VIH, fiche 1). La consultation prénatale doit être l'occasion de promouvoir cette PTME, au travers de la proposition du test de dépistage (cf. fiche 6) et d'une séance de councelling post test.
Cette séance est primordiale, car elle permet pour les femmes séronégatives de discuter des moyens de le rester, et pour les femmes séropositives, de connaître les moyens de prévenir la transmission à son enfant (traitement et alimentation du nouveau né).

ASTUCE

Profiter du test VIH pour contrôler d'autres pathologies
Il est envisageable de prévoir un seul prélèvement sanguin pour la sérologie du VIH et d'autres sérologies (ex : syphilis) ainsi que pour l'évaluation de l'anémie.

Note :
Les dernières recommandations de l'OMS préconisent de mettre les femmes enceintes infectées par le VIH sous traitement ARV à partir de la 14° semaine de grossesse jusqu'à la fin de l'allaitement et de pratiquer un dépistage précoce chez le nouveau né.

La PTME présente une réelle efficacité. Selon l'OMS, son application permet de réduire le risque de transmission mère-enfant à 5% dans des populations où le risque de base est de 35% (ou de 25% dans les populations ne pratiquant pas l'allaitement maternel)[19].

ASTUCE

PTME : exemple de paquet d'activités préconisé par le ministère de la santé Burkinabé
- Dépistage sérologique chez les femmes enceintes
- Soins obstétricaux et néonataux, soutien nutritionnel pour les femmes enceintes infectées
- Planification familiale
- Prise en charge
- Soutien communautaire

(source Ministère de la Santé du Burkina-Faso)[20]

3/ La prévention du paludisme

Le traitement préventif intermittent est administré au cours des consultations prénatales (cf. fiche 11). Les consultations sont aussi le moment de vérifier que la femme enceinte possède une moustiquaire imprégnée et qu'elle dort systématiquement dessous. Lui faire adopter ce réflexe facilitera ensuite celui de faire dormir son enfant sous la moustiquaire (cf. fiches 10 et 11).

FOCUS

3 actions à mener pour les femmes enceintes :

- **Permettre aux femmes enceintes de bénéficier de consultations régulières au cours de leur grossesse (4 rendez-vous dans l'idéal),**
- **Proposer un test de dépistage VIH au cours de la consultation,**
- **Administrer le traitement préventif intermittent en prévention du paludisme (cf. fiche 12).**

Protéger les nouveaux-nés

Les efforts consistent principalement à :

- **assurer la disponibilité de l'équipe médicale** (sages-femmes) pendant l'accouchement et les jours qui suivent puis dans le cadre des consultations post natales ;
- **débuter les activités de vaccination** selon le programme élargi (le BCG se fait à la naissance, les vaccinations suivantes à partir du 3ème mois) ;
- **fournir des moustiquaires imprégnées** et contrôler que les nourrissons dorment systématiquement en-dessous ;
- **faciliter l'accès aux consultations** et aux soins pour les mères. L'entreprise peut également **proposer des horaires et des lieux aménagés pour permettre aux mères d'allaiter.**

19 OMS, Recommandations rapides – Médicaments ARV pour traiter la femme enceinte et prévenir l'infection à VIH chez l'enfant, Genève, 2010
20 Min Santé Burkina-Faso, Directives nationales pour la mise en œuvre du programme de PTME, 2006

ASTUCE

Les vaccinations
Le Programme Élargi de Vaccinations (PEV) mis en place depuis 30 ans vise à immuniser tous les enfants de moins de 5 ans contre **tuberculose, diphtérie, coqueluche, tétanos, poliomyélite et rougeole.** La stratégie repose sur 6 contacts avec les services de santé sur les 3 premières années de la vie. Actuellement plusieurs pays ont ajouté à ces antigènes soit la fièvre jaune, soit la méningite à méningocoques, soit l'hépatite B.

Protéger les enfants de moins de 5 ans

- **Assurer le suivi médical général :** donner au centre médical les moyens humains et financiers pour :
  - Suivre les indicateurs de croissance de l'enfant par la prise de poids régulière (courbe de vie) ;
  - Surveiller l'alimentation (fournir éventuellement des suppléments vitaminiques) ;
  - Promouvoir la réhydratation par voie orale en cas de diarrhées ;
  - Prendre en charge les pathologies de l'enfant.
- **Poursuivre la vaccination :** les vaccins du programme élargi de vaccination se font jusqu'à 3 ans.
- **Prévenir le paludisme :** s'assurer que le lit des enfants en bas-âge est aussi équipé d'une moustiquaire et poursuivre l'IEC pour que les mères de famille aient le réflexe de consulter en cas de fièvre chez l'enfant.
- **Organiser des campagnes de déparasitage**.
- **Promouvoir la réhydratation par voie orale** en cas de diarrhées (séances d'IEC).

Pour en savoir +

Partenariat pour la Santé de la Mère, du Nouveau-Né et de l'Enfant (OMS)
http://www.who.int/pmnch/fr/index.html
Site de référence sur ce thème : ressources et nombreux liens.

UNICEF : « savoir pour sauver (2009) »
http://www.unicef.org/french/publications/index_53254.html
Ce manuel offre des conseils pratiques sur la grossesse, l'accouchement, les maladies de l'enfance, le développement de l'enfant et les soins à prodiguer aux enfants. Pour la première fois, y figure également un chapitre sur la protection de l'enfant. Ce manuel est destiné aux parents, familles, agents de santé, enseignants, groupes de jeunes, organisations communautaires, fonctionnaires du gouvernement, employeurs, syndicats, médias et organisations non gouvernementales et confessionnelles.

Site de l'UNFPA
http://www.unfpa.org/swp/2004/francais/ch7/index.htm
Les sections Santé maternelle et Santé de la reproduction sont une source d'information très complète sur les mesures qui font aujourd'hui consensus dans les pays en développement.

FICHE 17 Les maladies de civilisation

Cancer, diabète et hypertension artérielle sont souvent qualifiées de « maladies de civilisation » car elles pèsent de manière croissante sur les pays dont le niveau de développement augmente (espérance de vie, modes de vie…).
En forte augmentation dans les pays du Sud, elles sont présentées ici dans la mesure où les entreprises ont de véritables leviers d'actions pour les prévenir dans le cadre d'un programme de santé.

Les cancers

- Ils sont le plus souvent mal connus dans les pays en développement ; les signes précurseurs ne sont pas perçus, les malades consultent rarement et très tardivement. Cependant, leur fréquence (par classe d'âge) est similaire à celle des pays du Nord.

- Le cancer est une cause de mortalité importante dans les pays en développement. Selon l'OMS, 70% des décès dus au cancer (entre 7 et 8 millions par an) surviennent dans les pays à revenu faible ou intermédiaire.

- Il n'y a pas un cancer, mais des cancers, souvent associés aux organes qu'ils affectent. Les cancers sont dus à l'addition de plusieurs causes. Limiter l'exposition à ces causes, c'est limiter l'apparition d'un certain nombre de cancers.

FOCUS

Il est particulièrement important dans les pays en développement d'agir sur la prévention des cancers dans la mesure où la prise en charge est inaccessible pour le plus grand nombre (coût des traitements trop élevés, centres de référence encore très rares).

• Le cancer du foie

Très fréquent en Afrique et en Asie, il est quasiment toujours lié à une hépatite B (ou C) ancienne et favorisée parfois par l'ingestion d'aflatoxine (une moisissure qui se trouve souvent sur les fruits et céréales en milieu tropical).

L'ESSENTIEL

- **Urbanisation, sédentarisation, harmonisation des modes de vie sur ceux des pays du Nord sont à l'origine du développement de pathologies qui étaient encore relativement rares dans les pays en développement, en particulier le cancer, le diabète, et l'hypertension artérielle.**

- **Face à ces maladies pour lesquelles les stratégies de santé publique sont encore peu développées au Sud, les entreprises ont un rôle essentiel à jouer auprès de leurs employés et de leur famille.**

- **Plusieurs axes de prévention se recoupent et permettent de mener un programme intégré cohérent sur ces maladies dites « de civilisation » :**
  - **Lutte contre le tabagisme,**
  - **IEC autour de l'hygiène de vie et l'hygiène alimentaire,**
  - **Promotion de la vaccination contre l'hépatite B et le papillomavirus,**
  - **Campagnes annuelles de dépistage : hyperglycémie, antigène prostatique spécifique, mesure de la tension artérielle.**

LA MISE EN ŒUVRE

Les grandes étapes de la prise en compte des maladies de civilisation

Étape 1
Évaluer les risques et la vulnérabilité du groupe cible (prévalence, comportements à risque, habitudes de vie…),

Étape 2
Estimer le nombre de cas en interne pour les pathologies ciblées,

Étape 3
Évaluer les capacités de prise en charge les plus proches ainsi que la qualité des soins et son coût (Référencement, coûts de la prise en charge, mesures de suivi…),

Étape 4
Définir une politique interne en matière de prise en charge des pathologies ciblées en favorisant l'intégration de ce qui peut être fait en interne.

EXEMPLE

L'efficacité de la stratégie de vaccination hépatite B

A Taïwan où les enfants sont vaccinés depuis 20 ans, l'incidence du cancer du foie a diminué de 70% chez les enfants.

(source ReMeD)[21]

▶ **Promouvoir la vaccination contre l'hépatite B**

NB :

En zone rurale, pour limiter l'apparition de l'aflatoxine, des campagnes de sensibilisation peuvent être menées pour recommander de faire sécher les arachides et autres céréales (maïs, soja…) au soleil, sur des toiles ou des treilles.

• Le cancer de la vessie

Les taux les plus élevés de la planète se trouvent en Egypte. Ce cancer est corrélé avec la bilharziose urinaire. La consommation de tabac, l'exposition professionnelle aux peintures, caoutchouc, amines aromatiques, cuirs et colorants favorise également le cancer de la vessie.

▶ **Traiter systématiquement la bilharziose urinaire**

▶ **Organiser des campagnes de lutte contre le tabagisme**

▶ **Protéger les salariés contre l'exposition aux produits nocifs**

FOCUS

La lutte contre le tabagisme, une priorité pour les programmes de santé en entreprise

Outre le cancer du poumon, le tabac est une des causes des cancers du nez et de la gorge, de l'œsophage et de l'estomac, des hémopathies, du cancer de la vessie et des testicules, du cancer du col… La consommation de tabac est en augmentation dans les pays en voie de développement, ce qui risque d'avoir des conséquences désastreuses sur la santé publique. Il est urgent de :

- Lutter contre la consommation en entreprise,
- Organiser des campagnes d'information,
- Accompagner les fumeurs dans l'arrêt de leur addiction,
- Supprimer la publicité (notamment lors de manifestations publiques).

21 ReMeD, Le cancer, un nouvel enjeu de santé publique pour l'Afrique, Revue ReMeD n°38 p7, 2008

• Le cancer du col de l'utérus

Fréquent (15 à 25% des cancers diagnostiqués en Afrique), mais mal connu en Afrique à cause de son diagnostic difficile, le cancer du col est le plus souvent lié au papillomavirus qui est une IST (infection sexuellement transmissible).

▶ **Prévenir les IST** (dans le cadre d'un programme VIH/sida).

▶ **Promouvoir la vaccination contre le papillomavirus** (pour les filles avant tout rapport sexuel et secondairement pour les garçons de même âge).

Note :

L'entreprise peut également s'associer aux campagnes de dépistage des lésions précancéreuses (campagnes en général mises en œuvre par l'OMS).

• Le cancer du sein chez la femme

Egalement fréquent en Afrique (15 à 25 % des cancers diagnostiqués), les risques de son apparition sont limités pour les femmes ayant eu des enfants avant 30 ans et ayant allaité longtemps. L'excès de poids, la consommation d'alcool et la consommation des acides gras sont des facteurs de risque.

Le cancer du sein est difficile à prévenir.

Une action possible dans les pays en développement est d'enseigner le réflexe d'autopalpation aux femmes.

▶ **Organiser des campagnes de sensibilisation sur l'importance de l'autopalpation**

FOCUS

Hygiène de vie et diététique, quelques messages-clef pour l'IEC

- Une marche quotidienne de 30 minutes (ou 20 minutes à vélo) divise par deux le risque d'évolution vers le diabète,
- Réduire les lipides, le sel, l'alcool, les graisses, les sucres rapides, privilégier les légumes, les fruits, les sucres lents (céréales) et les protides.

• Le cancer de la prostate

Il n'y a pas de moyen de prévention simple pour ce cancer, le plus fréquent des cancers chez l'homme. Une action peut consister, à partir de 50 ans, en une recherche annuelle d'antigène spécifique prostatique, une protéine présente à dose élevée dans le sang en cas de pré cancer ou cancer. Elle permet le diagnostic du cancer à un stade précoce et donc une meilleure prise en charge[22].

▶ **Organiser des campagnes de recherche de PSA au centre de santé**

• Le cancer du poumon

Relativement peu fréquent, le cancer du poumon, souvent mortel, est causé dans 80% des cas par le tabac. On estime qu'un fumeur sur dix développera un cancer du poumon.

▶ **Organiser des campagnes de lutte contre le tabagisme**

FOCUS

Choisir le centre de référence pour la prise en charge des cancers

Même pour des cas exigeant de lourds moyens (infrastructure, matériel…) et pour lesquels l'offre de soins locale n'est pas adaptée, il n'est pas toujours nécessaire de référer le patient dans les pays du Nord sachant que des centres d'excellence émergent aujourd'hui dans les pays en développement.

Toute situation doit être examinée au cas par cas, la décision de référer dans tel ou tel centre résultant de la concertation entre la direction, le responsable du programme et le médecin de l'entreprise.

Le diabète

• Le diabète est dû à un mauvais fonctionnement du pancréas qui ne permet plus l'assimilation correcte des sucres par l'organisme et se traduit par une concentration insuffisante d'insuline (l'enzyme qui régule le taux de sucre dans le sang).

• On distingue 2 types de diabète :

- Le diabète insulinodépendant, qui apparaît généralement au cours de l'enfance, est dû à la destruction des cellules du pancréas qui fabrique l'insuline ;

- Le diabète non insulinodépendant (DNID) ou de type 2, le plus fréquent (70% des diabètes), se manifeste après 40 ans et se caractérise par une déficience et une résistance en insuline. Il s'accompagne d'une obésité dans 60 % des cas.

FOCUS

Le diabète, une maladie en forte progression dans les pays du Sud

Urbanisation, sédentarisation et modifications des habitudes alimentaires sont facteurs de forte augmentation de la prévalence. L'OMS estime ainsi qu'elle augmentera de 170% entre 2000 et 2025 dans les pays en développement.

• Parmi les principaux facteurs de risque de développer un diabète de type 2 (DNID), on trouve l'inactivité physique, une alimentation riche en matières grasses et glucides rapides, l'obésité.

• Quelques axes pouvant être développés dans un programme d'entreprise :

▶ **Organiser des campagnes d'IEC à destination des employés et ayant droits pour prévenir les facteurs prédisposant au diabète**

▶ **Améliorer la prise en charge nutritionnelle des patients**

22 Association Française d'Urologie. Du bon usage du PSA (antigène prostatique spécifique). 2006

- **Assurer le dépistage précoce des cas** (campagnes annuelles de dépistage de l'hyperglycémie, notamment pour les sujets après 40 ans).

- **Mettre en place un système de mutuelle pour permettre aux malades de payer leur traitement** (les traitements sont coûteux, en particulier pour les patients sous insuline).

- **Assurer le suivi biologique de la maladie et le dépistage des complications.**

L'hypertension artérielle (HTA)

- L'HTA est un facteur de risque cardiovasculaire majeur (un patient sur 2 qui décède d'une maladie cardiovasculaire souffre d'HTA) et le premier facteur de risque d'accident vasculaire cérébral. L'HTA est aussi une cause majeure d'insuffisance rénale en Afrique. La prévalence de l'HTA, qui augmente avec l'âge, est de 27% parmi la population de plus de 20 ans en Afrique subsaharienne.

- L'urbanisation, en favorisant l'augmentation de l'indice de masse corporelle (IMC) des populations, favorise également l'augmentation de la prévalence de l'HTA.

- Longtemps asymptomatique et en l'absence de dépistage systématique, l'HTA reste très souvent ignorée chez les sujets des pays du Sud.

- Un programme d'entreprise peut s'ordonner autour des dispositions suivantes.

- **Organiser des campagnes d'IEC sur l'hygiène de vie, la diététique, la nocivité du tabac.**

- **Assurer la mesure régulière de la tension artérielle au centre de santé.**

FOCUS

Diabète, HTA et toutes les maladies cardio-vasculaires peuvent être en partie prévenues par la lutte contre le surpoids et l'obésité. Il est donc important de surveiller l'**Indice de Masse Corporelle** (IMC, kg/m²) des sujets de la population-cible (voir ci-dessous).

Classe	IMC (Kg/m2)
Maigreur	< 18,5
Normal	18,5 - 24,9
Surpoids	25 - 29,9
Obésité	> 30
Obésité massive	> 40

Pour en savoir +

Article (lutte contre le cancer en Afrique- 2010)
http://www.presseafricaine.info/article-journee-mondiale-contre-le-cancer-2010-44118991.html
Article faisant état, à l'occasion de la journée mondiale de lutte contre le cancer 2010, des solutions qui commencent à se développer timidement pour lutter contre le cancer dans les PVD, véritable enjeu de santé publique.

REMED – dossier le cancer, un nouvel enjeu de santé publique pour l'Afrique. Numéro 38, Oct 2008.
www.remed.org/Revue_ReMeD_no38.pdf
Épidémiologie, prévention et accès aux anticancéreux en Afrique. Dossier synthétique sur les enjeux du cancer sur le continent africain.

REMED – le diabète, un problème majeur pour l'Afrique ? Numéro 33, Déc. 2006.
www.remed.org/diabete_J33.pdf
Article de synthèse proposant un descriptif des problèmes posés et des pistes de solutions pour la prise en charge du diabète.

PARTIE 6

GUIDE DES PROGRAMMES DE SANTÉ EN ENTREPRISE

La gestion de programme : phase préparatoire et gestion opérationnelle

FICHE 18 L'analyse de la situation

L'ESSENTIEL

- **Tout programme de santé en entreprise commence par une analyse situationnelle interne de l'entreprise afin de produire un état des lieux et de déterminer les besoins pour une réponse adaptée. L'analyse situationnelle est construite autour de deux volets : l'entreprise et le contexte extérieur.**

l'entreprise

- **Faire le point avec les représentants de l'entreprise pour bien cerner leur demande et leurs intentions ainsi que leur niveau d'implication,**
- **Identifier les risques auxquels l'entreprise est exposée si elle ne fait rien ou maintient sa politique actuelle face au VIH, au paludisme…**
- **Faire un état des lieux des moyens mis en oeuvre et de la politique santé de l'entreprise,**
- **Collecter les informations nécessaires à la rédaction d'un plan d'action pour l'entreprise.**

le contexte extérieur

- **Comprendre l'organisation sanitaire et sociale existante pour y intégrer le programme de l'entreprise si nécessaire,**
- **Identifier les acteurs du secteur public et de la société civile qui sont à proximité et susceptibles d'être impliqués dans le projet,**
- **Déterminer les besoins et préoccupations de la population riveraine si celle-ci est également bénéficiaire du projet.**

LA MISE EN ŒUVRE

Les grandes étapes de l'analyse situationnelle

Étape 1
Définir les termes de référence de l'analyse : objectif(s) et résultats attendus, contexte, nature de l'analyse (Sites, domaines d'activités, populations…), définition des besoins,

Étape 2
Identifier un prestataire (privilégier la prestation de services par appel d'offres par exemple) et réaliser l'analyse sur la base des termes de référence,

Étape 3
Lancer l'analyse en accompagnant l'exécutant avec la mise en relation des personnes ressources en interne et à l'extérieur de l'entreprise,

Étape 4
Présenter les résultats de l'entreprise en interne afin de préciser la réponse et la définition ultérieure d'un plan d'actions.

Analyse interne de la situation de l'entreprise

La première action consiste à s'entretenir avec les responsables de l'entreprise et de bien cerner leur requête, leur position sur les sujets de santé et ce qu'ils envisagent de faire et de ne pas faire.

Une fois que les déterminants de la mission sont précisés, il convient d'effectuer l'état des lieux de la situation sanitaire dans l'entreprise, de mettre en exergue les forces et les faiblesses de la politique santé et d'analyser son opérationnalité.

1. **Quel est l'impact de la maladie sur la santé des employés et de leurs ayants droit ?** (Cf. fiche 21)

2. **Quel est l'impact économique de la maladie sur l'entreprise ?** (Cf. fiche 21)

3. **Quel est le niveau d'exposition de l'entreprise et de la population cible aux facteurs de risque naturels ?**

Exemple sur le paludisme : climat, gîtes larvaires, caractéristiques et intensité de la transmission… Ces informations peuvent être récupérées grâce à un travail d'observation et de documentation ou auprès du PNLP (Programme National de Lutte contre le Paludisme), d'instituts de recherche, de bureaux d'études…

4. **Y-a t-il des situations de travail qui exposent les employés à un risque particulier ?**

- VIH/sida : mobilité (routiers, miniers…).
- Paludisme : travail de nuit, présence dans des zones de forte transmission.

5. **Quelles sont les besoins et préoccupations des employés face aux problèmes de santé ?**

Sans l'implication des employés, un programme est voué à l'échec. Une étude d'opinion peut être réalisée pour déterminer :

- Les sujets de santé qui préoccupent le plus les employés et par rapport auxquels ils expriment une volonté d'agir.
- Ceux sur lesquels ils souhaitent un engagement de l'entreprise.

ASTUCE

Évaluation du risque VIH/sida pour l'entreprise
 # Réponses positives = 1 ou 2 : risque possible
 # Réponses positives = 3 ou 4 : risque moyen
 # Réponses positives > 5 : risque fort

1/ L'entreprise emploie-t-elle un nombre élevé de salariés vivant séparés de leur famille ou de leur communauté d'origine ?
2/ L'entreprise s'occupe-t-elle de chantiers (ex : construction de routes) sur lesquels travaillent des hommes séparés de leur famille et qui attirent des femmes proposant divers services, notamment des prostituées ?
3/ L'entreprise compte-t-elle des employés relativement bien payés dans des régions souffrant d'un fort taux de chômage et/ou de pauvreté ?
4/ L'entreprise emploie-t-elle des chauffeurs routiers ?
5/ L'entreprise exige-t-elle de ses cadres moyens et supérieurs qu'ils voyagent souvent ?
6/ Les employés de l'entreprise fréquentent-ils des prostituées ou ont-ils de multiples relations sexuelles occasionnelles ?
7/ Le pays ou la région connaissent-ils une phase de rapide changement économique ?
(source FHI[23], cf. «Pour en savoir +»)

23 FHI, Programmes de lutte contre le VIH/sida dans l'entreprise, p21-23, 2009

6. Quelle est le potentiel d'engagement de l'entreprise ?

La réflexion porte :

- sur la propension à agir de la direction,
- sur les moyens humains, matériels et financiers pouvant être alloués au programme.

7. Quelles actions de prévention l'entreprise a-t-elle menées jusqu'à présent ? Quels en ont été les résultats ?

En plus de l'évaluation des actions réalisées, il faut identifier, dans la culture et l'organisation de l'entreprise, les obstacles à la réussite du programme (ex : pratiques discriminatoires dans le cas du VIH/sida).

8. Quelle couverture santé et quelles prestations médicales l'entreprise fournit-elle ?

- Existe-il un centre de santé dans l'entreprise ou y a-t-il contractualisation avec une formation sanitaire extérieure à l'entreprise ?

- La qualité de la prise en charge (standard des protocoles, fonctionnement du centre de santé) ;

- Le coût de cette prise en charge pour l'entreprise et pour les salariés/ayants droit/communauté riveraine ;

- La proximité de la formation sanitaire pour les salariés/ayants droit ;

- L'accessibilité aux soins pour les employés (couverture santé si elle existe).

Etude du contexte local

Nécessaire pour réussir l'intégration du programme dans le contexte sanitaire et social local, cette partie de l'étude se structure autour de 3 axes :

- Le contexte politique, socio-économique et démographique ;

- Le contexte sanitaire ;

- La structure et l'organisation du secteur de la santé et de la lutte contre les grandes pandémies (existence de PNLS, PNLP…).

Cette analyse sera approfondie lorsque le programme vise également les communautés environnantes, en particulier sur les études CAP, les facteurs de risque naturels et épidémiologiques. Elle doit donc être calibrée en fonction de l'implantation géographique, et des objectifs de l'entreprise. De même, l'offre de soins à l'extérieur de l'entreprise doit être bien analysée ainsi que les possibilités de collaboration ou d'utilisation du réseau sanitaire déjà existant !

1. Quelle est la stratégie et la législation nationale en vigueur sur la pathologie concernée ?

L'adéquation du programme de santé de l'entreprise avec la politique nationale présente 4 avantages :

- Intégration dans le tissu sanitaire : un programme qui diverge avec la politique locale peut susciter une certaine réserve, voire de l'hostilité, de la part des autorités de santé.

- Inscription dans un cadre de santé publique : en particulier, dans le cas du désengagement de l'entreprise, la population-cible éprouvera moins de difficultés à se réadapter à la politique publique.

- Elargissement potentiel du programme aux communautés avoisinantes, en partenariat avec les autres acteurs de santé (centres publics, ONG…).

- Utilisation du circuit d'approvisionnement du programme national (si celui-ci est performant : gratuité des ARV, ACT, anti TB…).

2. Quelle est l'offre de soins à l'extérieur de l'entreprise ?

Il ne s'agit plus ici de s'intéresser à l'offre de soins de la formation sanitaire interne à l'entreprise ou celle avec laquelle l'entreprise a contractualisé ou passé un accord tacite mais d'analyser l'offre de soins dans le périmètre défini de l'entreprise. Cette analyse doit permettre de déterminer :

- Le nombre de formations sanitaires disponibles dans le district d'implantation de l'entreprise,
- L'offre de soins de ces structures (y compris l'hôpital de district), la qualité des soins, les taux de fréquentation, la tarification des soins,
- L'accessibilité aux soins pour la population cible (financière et géographique),
- La structure de soins de référence la plus proche, la prescription des ARV (si programme VIH)…

3. Que proposent les programmes nationaux de lutte contre le VIH/sida, contre le paludisme, contre la tuberculose…?

Les programmes nationaux sont des partenaires potentiels : sources d'approvisionnement, sources d'information, soutien à la formation…

FOCUS

L'analyse externe permet de collecter les données épidémiologiques locales (prévalence du VIH, incidence palustre…) et d'évaluer les apports du programme dans le temps grâce à la comparaison avec les données internes à l'entreprise.

Questions complémentaires dans le cas d'une intégration des communautés environnantes dans la population-cible du programme

4. Comment les pathologies des communautés environnantes affectent-elles l'entreprise ?

L'évaluation de cet impact est un des critères principaux pour définir la cible du programme et son périmètre d'intervention (cf. fiche 22).

5. Les activités de l'entreprise ont-elles un impact sur la santé des communautés environnantes ?

Cette question de responsabilité sociale a une dimension stratégique pour l'entreprise car elle peut être la condition de la poursuite ou non de ses activités dans la zone où elle est implantée.

Étude de la réponse globale du secteur privé aux défis sanitaires

L'analyse situationnelle peut aussi émaner d'un secteur particulier, d'une filière ou il peut aussi s'agir d'une demande nationale pour l'analyse du secteur privé dans sa globalité.

Son objet est alors d'identifier le potentiel des coalitions, chambres patronales, syndicats, comités santé en entreprise… existants et de déterminer leur rôle, à l'échelle de leurs initiatives privées mais aussi dans le cadre d'un programme national avec les instances de coordination nationale.

Ces recherches peuvent aussi porter sur l'implication de la société civile sur des programmes opérés sur le lieu de travail ou en lien avec le monde du travail.

1. Recenser l'ensemble des acteurs et des projets conduits sur le terrain

Les représentants du secteur privé, les programmes nationaux, le CCM, l'ONUSIDA… sont des rencontres incontournables pour recenser l'ensemble des activités dont le monde du travail est bénéficiaire :

La recherche porte notamment sur :
- Les partenariats public/privé existants ou en projet,
- L'existence d'outils/dispositifs spécifiques au secteur privé et utilisés sur le terrain,
- L'engagement financier du secteur privé dans la lutte contre la maladie.

2. Quelles sont les opportunités pour le secteur privé en matière de lutte contre la maladie ?
- Contraintes structurelles (cadre institutionnel, légal, etc.),
- Contraintes conjoncturelles (engagement financier/marché extérieur/marché intérieur, contexte politique actuel…),
- Compréhension de la problématique par le secteur privé,
- Forces et atouts du secteur privé local.

ASTUCE

Quelques documents/infos à collecter pendant la mission :

Documents de référence
CSN, PNLS, requête/s FM, enquête MICS, analyse CAP propre au SP, CSNLP, rapport d'activité AFD le plus récent, …

Liste des personnes rencontrées
Nom, position, infos/résultats de la rencontre

Liste d'entreprises / coalitions / représentants SP rencontrées
Nom, secteur, organisme de rattachement, projets développés, nombre d'employés, nombre de bénéficiaires, partenaires, besoins, circuit d'approvisionnement des intrants médicaux…

Liste des partenaires/acteurs intervenant dans le domaine de la lutte contre le VIH
Nom, statut, programme/projet en cours ou à venir, financement, partenariat, pers. ressource & coordonnées

Pour en savoir +

Exemples d'analyses situationnelles (Partenaires Contre le Sida)
http://partenairescontrelesida.org/base-documentaire-1/outils-pour-le-secteur-priv%C3%A9/
Partenaires Contre le Sida publie sur son site des analyses situationnelles réalisées pour des PME du Cameroun, des PMI de Côte d'Ivoire…

"Programme de lutte contre le VIH/sida dans l'entreprise" (FHI)
www.fhi.org/en/HIVAIDS/pub/guide/Programmes+de+lutte+contre+VIHSIDA+dans+l'entreprise.htm
Guide à l'attention des gestionnaires et des dirigeants couvrant les grands thèmes d'un programme VIH/sida et proposant notamment un questionnaire d'évaluation du risque VIH/sida

"Comment bâtir un programme santé" (Lafarge)
http://partenairescontrelesida.org/base-documentaire-1/autres-publications/
Le chapitre 2, Définir les domaines d'intervention, reprend les grandes étapes de l'analyse situationnelle.

FOCUS

CADRE pour une ANALYSE SITUATIONNELLE GLOBALE

GENERALITE SUR LE PAYS/CONTEXTE NATIONAL
Contexte politique, socio-économique & démographique
Contexte sanitaire
Structure & Organisation du secteur de la santé et de la lutte contre le VIH/Sida (existence PNLS/CNLS, PNLP, PNLTB…)

STRUCTURATION DU SECTEUR PRIVE FACE A LA PANDEMIE DU VIH
Existence et rôle des coalitions, confédérations, chambres patronales, syndicats etc.
Existence et rôle des comités de lutte contre le VIH/Sida en Entreprise.
Représentation et rôle du SP dans les instances de coordination nationale.
Existence et mise en oeuvre d'un plan stratégique national pour le secteur privé.

HISTORIQUE DU VIH/SIDA EN MILIEU DU TRAVAIL
Disponibilités des informations & Historique
Étude existante sur le VIH dans le monde du travail ? (donnée BIT, UNAIDS,…)
Engagement politique du SP (existence de Charte, Document de Politique et de Stratégie, etc.)
Activités & projet en cours ou en construction
Actions répertoriées, reporting et capitalisation des expériences.
PPP existant ou en projet.
Nature des projets existants ou en cours.
Existence d'outils/dispositifs spécifiques (à préciser) au secteur privé et utilisés sur le terrain.
Engagement financier du SP dans la lutte contre le VIH (Financement/Cofinancement de projet santé).

ANALYSES & OPPORTUNITES POUR LE SECTEUR PRIVE EN MATIERE DE LUTTE CONTRE LE VIH
Analyse
Contraintes structurelles (cadre institutionnel, légal, etc.).
Contraintes conjoncturelles (engagement financier/marché extérieur/marché intérieur, contexte politique actuel…).
Compréhension de la problématique du VIH par le SP.
Forces et atouts du SP local.
Recommandations
(Fonction du cadre & destinataires de l'analyse)
Pour les coalitions et organisations du secteur privé.
Pour les instances nationales.

FICHE 19 Les études CAP

L'ESSENTIEL

- **Une étude CAP vise à orienter et suivre un programme en précisant les Connaissances, Attitudes et Pratiques des populations face aux grandes questions de santé.**
- **Une étude CAP même basique est toujours instructive.**
- **Les résultats d'autres études réalisées dans la même région peuvent être analysés et exploités pour mieux comprendre les comportements locaux.**

LA MISE EN ŒUVRE

Les grandes étapes de l'enquête CAP

Étape 1
Rechercher les données disponibles sur d'éventuelles enquêtes CAP déjà réalisées dans le pays ou dans le milieu du travail,

Étape 2
Définir les Termes de Référence de l'enquête, ses objectif(s) et résultats attendus, le groupe cible, le type d'enquête et la méthodologie,

Étape 3
Identifier un prestataire pour réaliser l'enquête sur la base des termes de référence,

Étape 4
Présenter les résultats de l'enquête en interne et prendre les décisions menant à une action (IEC, prise en charge…).

Pourquoi une étude CAP ?

- L'étude CAP vise à préciser les Connaissances, Attitudes et Pratiques des populations ciblées (salariés, ayant droits, communautés riveraines) et facilite la définition d'un programme en :

  - affinant les besoins et préoccupations prioritaires des populations,

  - identifiant les points faibles et les sujets les plus sensibles pour orienter l'IEC,

  - appréciant l'accueil qui sera donné aux différentes actions envisagées.

- Par ailleurs, une étude CAP reconduite dans le temps permet de mesurer les progrès réalisés tout au long de la vie d'un programme. (cf. fiche 25).

FOCUS

Des biais existent cependant, notamment dans la mesure de l'évolution comportementale, les personnes sondées pouvant avoir tendance à donner des réponses conformes à ce qu'on « attend » d'elles et non à ce qu'elles vivent vraiment (ex : port du préservatif, multipartenariat…).

Les études et données existantes

- Préalablement à la préparation d'une étude CAP, il est conseillé de faire des recherches en se rapprochant du ministère de la Santé, du PNLS (Programme National de Lutte contre le Sida) ou des coalitions d'entreprises (locales ou internationales) pour accéder à d'éventuelles données déjà disponibles.

- S'il convient de tenir compte des spécificités pouvant influer sur les résultats observés (contexte culturel, religieux, démographique, socio-professionnel, milieu du travail…), les résultats existants peuvent faire ressortir les tendances constatées.

Quel type d'étude CAP mener ?

- Les études CAP peuvent être quantitatives (échantillon de grande taille répondant à un questionnaire fermé, résultats traités statistiquement) et/ou qualitatives (échantillonnage restreint pour des entretiens plus approfondis sur des questions ouvertes / semi-ouvertes, méthodes d'analyse en sciences sociales).

- La réalisation d'une étude quantitative peut être longue et coûteuse si l'échantillon est important, le questionnaire long et la population ciblée dispersée (hors de l'entreprise). Cela exige généralement le recours à un prestataire externe compétent. Le choix de la mise en œuvre d'une étude CAP dépendra des objectifs ciblés, des moyens disponibles et de la taille de la population étudiée.

FOCUS

Il est vivement conseillé de mener une étude CAP, même très basique, au sein de l'entreprise avant de lancer un programme santé. Cela peut permettre d'éviter d'engager un programme sur de mauvaises bases. Elle permet de concevoir les actions les plus adaptées aux comportements des populations ciblées.

- Les réponses doivent être anonymes afin de respecter les répondants mais également pour éviter toute discrimination ou jugement vis-à-vis des personnes interrogées.

A. Les études quantitatives

- Une étude quantitative est basée sur la collecte d'un nombre suffisant de questionnaires composés de questions formulées de façon à permettre un traitement statistique. Elle se structure en 4 grandes phases :

  - Définition du protocole d'étude : choix des indicateurs mesurés, méthode d'échantillonnage (population visée, critères d'inclusion, taille de l'échantillon…), mode d'administration (entretien face-à-face, questionnaire auto-administré…) ;

  - Rédaction et test du questionnaire ;

  - Administration des questionnaires en sélectionnant les personnes interrogées conformément à la méthode d'échantillonnage (aléatoire, semi guidée, grappe…) ;

  - traitement des questionnaires : saisie, traitement statistique, analyse, conclusions.

- L'externalisation est vivement recommandée, compte tenu du temps et des compétences nécessaires à la réalisation d'une telle étude.

B. Les études qualitatives simplifiées

- Une étude à approche qualitative consiste à interroger de façon approfondie un échantillon de personnes sur des questions ouvertes. Cela permet d'identifier les tendances comportementales et de les comprendre (ex : Pourquoi les gens ne dorment pas sous une moustiquaire ?). Attention, ce type d'étude qualitative simplifiée ne permet généralement pas de tirer de conclusions à grande échelle (cela dépendra également de la taille de l'échantillon sélectionné et de la manière dont les questions sont formulées et traitées).

- Pour sa réalisation, une telle étude exige des qualifications en sciences sociales (sociologie, anthropologie, études du comportement)

Figure 6
Tableau comparatif des forces et faiblesses des études qualitatives et quantitatives

	Qualiquatif	Quantitatif
Logistique / Coût	●	●
Possibilité d'auto-administration	●	●
Représentativité	●	●
Exploitabilité statistique (suivi, état des lieux...)	●	●
Apprentissage des personnages interrogées	●●	●
Richesse des informations récoltées	●●	●
Contraintes	●	●

● *Force* ●● *Grande force* ● *Faiblesse*

différentes de celles exigées pour conduire des enquêtes quantitatives. Il est également conseillé d'externaliser ce type d'enquêtes et d'éviter une fausse interprétation des réponses, de ne pas formuler les bonnes questions (questionnaire) ou encore de mal les formuler. Un travail de préparation de ces enquêtes est nécessaire, il est souvent préconisé d'y consacrer plus de temps que la formulation et l'analyse des résultats réunis.

Exemples d'informations à couvrir dans une étude CAP

• Connaissances

VIH/sida
- Connaissances basiques de la maladie : les différents stades, la phase asymptomatique…
- Les modes de transmission : vrais risques et fausses croyances…
- L'intérêt du dépistage,
- Le traitement.

• Paludisme
- la transmission du paludisme et les heures de piqûres,
- les groupes de population les plus vulnérables,
- l'efficacité des différents moyens de protection,
- les symptômes de la maladie, accès bénins et accès graves,
- les traitements contre le paludisme.

• Perception et attitudes
- Vis-à-vis des différentes maladies (gravité, fatalité…),
- Vis-à-vis de sa propre exposition et de celle de ses proches (reconnaissance du risque, sentiment de contrôle…),
- Vis-à-vis des personnes malades, infectées ou perçues comme tel (crainte de transmission, perception des valeurs de la personne, solidarité…),
- Vis-à-vis des moyens de protection (acceptation de principe, acceptation pratique…),
- Vis-à-vis des traitements (efficacité, limites…).

• Pratiques
- Les pratiques à risque (rapports non protégées, abus d'alcool, tabagisme, etc.),
- Les habitudes de protection,
- La participation au dépistage (VIH/sida): quand, où, avec quelle fréquence…
- Les habitudes de traitement / de consultation.

Note :
On peut élargir l'étude CAP aux questions sur les besoins de la population-cible.

• Besoins
- Les besoins prioritaires exprimés.
- Les attentes éventuelles vis-à-vis de l'entreprise.

Pour en savoir +

Malette SABCOHA (South African Business Coalition on HIV/Aids)
http://www.sabcoha.org/images/stories/files/resources/toolkit_programme_introduction.pdf
Elle fournit un questionnaire CAP dont les questions sont déjà rédigées. Ce questionnaire peut servir de base, mais il exigera sans doute des adaptations.

Enquête : « Les obstacles liés à l'évaluation des programmes VIH/sida au Togo : cas de l'étude sur les Connaissances, Attitudes et Pratiques en matière de VIH/sida en milieu du travail au Togo » (CERA)
http://www.ideas-int.org/documents/Document.cfm?docID=127
Cette enquête, décrite ci-dessus, permet notamment d'affiner l'identification des thèmes à aborder dans une étude CAP sur le VIH/sida et de s'inspirer des résultats obtenus auprès de plusieurs entreprises.

Enquête : « Le paludisme : connaissance, attitudes et pratiques des chefs de ménage de la population rurale de Gossas, Sénégal » (Ndour et al. / Anthropologie médicale)
http://www.pathexo.fr/documents/articles-bull/T99-4-2878-4p.pdf
Exécutée en zone rurale, plusieurs facteurs ont fortement évolué depuis 2005, cette étude fait notamment ressortir que 25% des personnes interrogées ignorent les modes de transmission du paludisme. L'article, publié dans la revue « Anthropologie Médicale » pourra notamment être un moyen de s'informer sur la mise en place d'une méthodologie d'enquête rigoureuse.

Enquête : « KABP study concerning HIV/AIDS within SMEs in Kaduna State and Lagos State» (Partenaires Contre le Sida)
http://partenairescontrelesida.org/app/download/3111299602/Nigeria+KABP+study+NIBUCAA.pdf
Outre des enseignements riches, cette étude sur le VIH/sida auprès des employés de PME du Nigéria donne un bon exemple de ce que représente une étude CAP de grande ampleur.

EXEMPLE

Résultat d'une étude CAP sur le VIH/SIDA menée en 2007 dans 8 entreprises togolaises
Cette étude, initiée par PSI Togo et réalisée par le CERA, a ciblé huit entreprises installées à Lomé et à l'intérieur du pays. Au total, 1.365 employés dont 265 femmes et 1100 hommes ont été interrogés. En voici les résultats majeurs :

- **Mode de transmission :** 67% des enquêtés pensent que la non-utilisation du préservatif lors des rapports sexuels peut les amener à contracter le VIH. Moins de la moitié des interrogés ont cité la transmission mère / enfant et les transfusions sanguines comme pouvant être un vecteur de transmission du virus. Des groupes d'employés continuent à estimer que les piqûres de moustique ou l'envoûtement peuvent transmettre le virus.

- **Perception de l'exposition personnelle :** 33% des enquêtés estiment courir le risque d'être contaminés. 10% d'entre eux ont cité le multi-partenariat ou les rapports sexuels sans préservatif comme une raison potentielle, loin derrière le contact avec des objets tranchants souillés de sang (54%) ou les transfusions sanguines (27%).

- **Pratique du dépistage :** 37% des travailleurs ont déjà effectué un test de dépistage, alors que 80% des interviewés prévoient d'en faire un. La proportion de personnes ayant effectué un test varie très fortement d'une entreprise à l'autre. Parmi ceux qui ne se sont pas faits dépistés :
  - 38,3% sont retenus par des barrières psychologiques : indécis (22,4%), peur (15,9%),
  - 9,9% sont retenus par des barrières pratiques : pas de connaissance des centres de dépistage (3,4%), manque de moyens financiers (6,5%),
  - 20,3% ne se sentent pas concernés : pas de besoin (7,8%), fidélité (7,9%), impossibilité d'avoir le VIH (4,6%).

- **Pratiques à risque :** 87% des célibataires disent recourir systématiquement au préservatif lors des rapports sexuels avec un partenaire occasionnel contre 45% avec un partenaire régulier. 25% des personnes interrogées mariées ont eu des relations extraconjugales au cours des 12 mois précédant l'enquête. 77% des enquêtés pensent que les préservatifs masculins sont efficaces contre la transmission du virus.

(source CERA, 2007) [24]

24 CERA, « Les obstacles liés à l'évaluation des programmes VIH/sida au Togo : cas de l'étude sur les CAP en matière de VIH/sida en milieu de travail au Togo ». 2007

FICHE 20 La promotion du programme en interne

L'ESSENTIEL

- **Un programme de santé est en général éloigné du «cœur d'activité » de l'entreprise. Son intérêt n'est pas immédiatement perceptible, il faut le justifier.**

- **La nécessaire adhésion de la direction générale et des départements impliqués dans sa mise en œuvre (Centre Médical, Ressources Humaines, Communication, Hygiène Sécurité Environnement) passe par la mise en évidence de l'intérêt à agir :**
  - **Baisse de l'absentéisme et augmentation de la productivité**
  - **Amélioration du bien-être des salariés**
  - **Réduction des dépenses de santé…**

- **Le calcul de l'impact économique et humain de la maladie base de l'argumentaire, est plus ou moins complexe selon les pathologies. Il se fait à partir de l'étude des données régionales existantes et des chiffres collectés en interne. Des outils de simulation spécifique, notamment sur le VIH/sida sont nécessaires.**

LA MISE EN ŒUVRE

Promouvoir le projet : les grandes étapes

Étape 1
Mesurer l'impact sanitaire de la (ou des) maladie(s) sur la santé des employés et de la population cible,

Étape 2
Mesurer l'impact économique de la (ou des) maladie(s) sur l'entreprise,

Étape 3
Monter un dossier de plaidoyer à partir des estimations d'impacts sanitaires et économiques obtenues,

Étape 4
Réunir, autour du porteur du projet, des représentants de la direction, du centre médical, des ressources humaines, de la communication, du département HSE au cours d'une réunion de présentation.

La plupart des dirigeants d'entreprise ont conscience de l'impact sanitaire et économique des grandes pathologies sur l'activité de leur structure mais n'en ont souvent qu'une perception diffuse.
Mesurer cet impact permet d'apprécier l'utilité d'un programme et de convaincre plus facilement les décideurs d'y engager des ressources humaines, matérielles et financières.

FOCUS

Estimer la prévalence du VIH/sida
L'estimation peut se faire par la combinaison :
- Des chiffres officiels de prévalence, qui peuvent être « ajustés » selon les facteurs de risques propres à l'entreprise (cf. encadré fiche 19).
- Des chiffres internes tirés des opérations de dépistage. Attention, les tests restant anonymes et volontaires (cf. fiche 7), il faut nécessairement que le dépistage ait pu être mené auprès d'un échantillon représentatif de la population-cible pour s'appuyer sur les données obtenues.

Mesurer l'impact des principales pathologies sur la santé de la population-cible

- Pour les employés et ayants droit, cette évaluation se fait en priorité à partir des données du centre de santé de référence/du centre médico-social interne à l'entreprise. Pour les populations environnantes, elle se fait par le recueil de données épidémiologiques auprès des autorités de santé ou par la consultation des registres des centres de santé locaux.

Note : Il est généralement difficile de se reposer sur les données des centres de santé locaux.

- Les registres ne sont pas toujours tenus rigoureusement ;

- Plus important encore, les techniques de diagnostic et de dépistage utilisées offrent peu de garanties (en particulier sur le paludisme pour lequel le diagnostic biologique est rarement pratiqué, cf. fiche 13)

- Les enquêtes épidémiologiques visent à mesurer différents indicateurs, prévalence, incidence, taux de mortalité… sur la population-cible :

  - Pour le VIH/sida, l'indicateur principal est la prévalence de l'infection ou séroprévalence, nombre de personnes infectées dans une population donnée (voir encadré).

  - Pour le paludisme, on mesure plutôt l'incidence (nombre d'accès palustres dans une population donnée au cours d'une période donnée) grâce à l'agrégation des résultats des diagnostics biologiques et/ou cliniques.

Mesurer l'impact économique de la maladie sur l'entreprise

Le calcul de l'impact économique est plus ou moins difficile à estimer selon les pathologies. Deux feuilles de calcul sont proposées ici, l'une pour le VIH/sida, l'autre pour le paludisme. La méthode de calcul pour les autres pathologies repose toujours sur une combinaison des postes de coûts listés ci-dessous.

- L'évaluation du coût du **VIH/sida** est complexe :

  - Elle se base sur des estimations de la prévalence (voir ci-dessus).

  - Elle se heurte à la difficulté d'interpréter les manifestations cliniques de la maladie, le VIH/sida étant la cause d'infections opportunistes (ex : un employé fait une infection respiratoire qui est en fait liée au VIH).

  - Elle nécessite l'introduction de plusieurs hypothèses : proportion de malades pris en charge, taux de baisse de productivité pour un malade pris en charge (PC), taux pour un malade non pris en charge (NPC), nombre de décès liés au VIH/sida.

La feuille de calcul ci-dessous fait un inventaire des coûts, directs et indirects :

  - « subis » par l'entreprise, principalement les coûts de ressources humaines et les coûts de prise en charge ;

  - « choisis » par l'entreprise, principalement les coûts des actions d'un programme contre le VIH/sida, lorsque l'entreprise choisit d'agir contre la pandémie.

L'utilisation d'un outil de simulation plus poussé permettra d'affiner les résultats (cf. «Pour en savoir +»).

Figure 7
Feuille de calcul - coût du VIH/sida

Ressources humaines	Absentéisme	Coûts des jours d'absence pour VIH/sida (1)
		Coûts de réserve (2)
		Baisse de productivité (3)
		Coûts de dysfonctionnement (4)
	Décès	Coûts de funérailles
		Coûts d'augmentation des primes d'assurance
	Turnover	Coût de remplacement (recrutement, formation… en équivalent jours de salaire)
Prise en charge (coûts médicaux)	Prise en charge	Traitements, hospitalisations (maladies opportunistes…)
	Fonctionnement du centre de santé	% du temps de travail du personnel de santé pour le VIH/sida et les maladies opportunistes, prorata des frais de fonctionnement
Prévention (coût du programme VIH/sida)	Dépistage	Coûts complets : matériel, RH…
	Préservatifs	
	Activités d'IEC	
	Coût de gestion du programme	Salaire du responsable de programme, % du temps de travail des pairs-éducateurs…

(1) Calcul réalisé à partir des hypothèses de prévalence au sein des différents groupes d'employés
(2): Dans les entreprises à forte prévalence, coûts liés à l'obligation d'avoir des employés en réserve pour pallier l'absentéisme
(3): On peut faire l'hypothèse que la baisse de productivité d'un employé pris en charge est de 20 à 30% et de 50% pour un employé non pris en charge
(4): Ensemble des coûts indirects liés au "coût d'opportunité" de l'absentéisme: perte de contrats, blocage dans la chaîne de production.

- Une évaluation économique fiable du coût du paludisme ne présente pas de difficultés majeures ; elle s'appuie sur les données obtenues auprès du service médical et du service des ressources humaines. Le traitement de ces chiffres est simple (voir feuille de calcul ci-dessous).

Lorsque les chiffres ne sont pas disponibles, les responsables concernés (médecin d'entreprise, DRH…) sont souvent en mesure de donner des estimations suffisantes sur l'impact économique du paludisme pour l'entreprise.

Figure 8
Feuille de calcul - coût du paludisme

Absentéisme	# jours d'absence pour paludisme	Coût salarial moyen journalier	
Diagnostics	# diagnostics	Coût par diagnostic	
Traitements	# TPI	Coût par TPI	
	# traitements chimioprophylactiques	Coût par traitement	
	# traitements pour les accès simples	Coût par traitement	
	# traitements pour les accès graves	Coût par traitement	
Hospitalisations	# jours d'hospitalisation pour paludisme	Coût par jour d'hospitalisation	
Personnel de santé	# d'équivalents temps plein	Coût salarial moyen journalier	
Autres coûts	# d'évacuation/rapatriement	Coût évacuation/ rapatriement	
		Total coût économique*	

* N'inclut pas le prorata des frais de fonctionnement du centre de santé ni le taux de contribution de la population-cible (ticket modérateur)

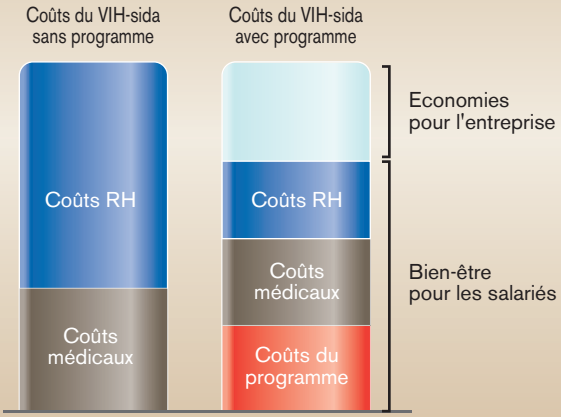
Promouvoir le projet en interne

- Un programme de santé ne verra le jour et ne sera efficace que s'il obtient le soutien de plusieurs acteurs en interne :
  - La Direction Générale,
  - Le département Ressources Humaines ou RSE,
  - Le département Communication,
  - Le département Hygiène Sécurité Environnement,
  - Le responsable du centre de santé et le personnel médical.
- Les sujets de santé n'étant pas le « cœur d'activité » de l'entreprise, leur adhésion passe par la capacité à mettre en avant les bons arguments.
- L'argumentaire doit nécessairement s'appuyer sur la mise en évidence de l'impact humain et économique de la maladie (cf. ci-dessus) complétée par l'estimation du coût d'un programme et des bénéfices attendus. Le schéma suivant résume le message à faire passer :

FOCUS

Après avoir défendu le dossier auprès des organes de direction, il faut promouvoir le projet auprès des employés :
- Expliquer clairement le but de l'action.
- Communiquer tout au long du programme sur les résultats obtenus.

Figure 9
Exemple de présentation de l'impact économique et humain du VIH/sida sur l'entreprise et des bénéfices attendus d'un programme



• D'autres arguments peuvent être développés :

- Attractivité de l'entreprise, amélioration des relations avec les employés, augmentation du sentiment d'appartenance.

Responsabilité sociale de l'entreprise (RSE), ce qui facilite ses relations avec les autorités, les partenaires économiques locaux, les populations…

ASTUCE

Préserver la « Licence to operate »
L'entreprise peut être perçue comme un « prédateur » ou un pollueur. Lafarge considère que l'engagement dans un programme santé permet d'asseoir la « Licence to operate » (droit d'opérer) – cf. «Pour en savoir +».

Pour en savoir +

"Guide d'action du secteur privé contre le VIH/sida" (MSD)
http://partenairescontrelesida.org/base-documentaire-1/autres-publications/
Le guide est accompagné d'un logiciel de simulation de l'impact économique du VIH/sida. Par ailleurs, l'un des modules du guide, intitulé « Pourquoi l'action du secteur privé ? », détaille les différents coûts du VIH/sida sur l'entreprise et les bénéfices apportés par un programme.

"Comment bâtir un programme santé" (Lafarge)
http://partenairescontrelesida.org/base-documentaire-1/autres-publications/
Le guide Lafarge est un document de référence pratique pour aborder les différents aspects d'un programme. Source de bonnes pratiques tirées de l'expérience sur le terrain des filiales du groupe en matière de santé, le guide est enrichi de nombreuses annexes utiles dans la mise en œuvre concrète d'un programme.

"Tackling Tuberculosis : the Business Response" (WEF)
http://www.weforum.org/pdf/GHI/TB.pdf
Le guide fournit les résultats d'une étude statistique menée auprès de plus de 10 000 entreprises au sujet de l'impact de la tuberculose sur leur activité. Cette étude ainsi que l'analyse approfondie des différents impacts de la maladie sur l'entreprise, apporte de la matière pour défendre un programme contre la tuberculose en interne.

FICHE 21 La définition d'un programme intégré : la stratégie (part. 1)

L'ESSENTIEL

- **Il est fondamental, en amont du projet, de mener une réflexion sur le périmètre du programme : population-cible, durée et couverture géographique. Cela permet :**
  - **de circonscrire le projet et de déterminer les moyens à engager,**
  - **d'orienter la stratégie du programme,**
  - **d'anticiper les difficultés et risques liés par exemple au désengagement de l'entreprise.**

- **Un programme « intégré » consiste, sur une ou plusieurs pathologies, à engager une initiative qui va au-delà de la seule prise en charge médicale au travers d'actions durables de prévention soutenues par de l'IEC.**

- **Les profils de programmes sont multiples, fonction des objectifs de l'entreprise mais aussi du contexte social, démographique et épidémiologique…dans lequel elle se trouve.**

LA MISE EN ŒUVRE

Définir un programme intégré (1/2) : les grandes étapes

Étape 1
Définir la population-cible (salarié, ayants-droit, populations environnantes),

Étape 2
Définir la ou les maladies sur laquelle/lesquelles l'entreprise a la volonté de s'engager,

Étape 3
Composer un programme intégré (définition de la stratégie d'actions),

Étape 4
Définir le cadre d'implication géographique et temporel.

Cette fiche vise à accompagner l'entreprise dans sa réflexion sur le périmètre d'engagement (population-cible, durée et couverture géographique du programme) et sur la stratégie d'actions qu'elle souhaite mettre en œuvre dans les cas particuliers de programmes contre le VIH/sida, le paludisme et la tuberculose.

Définir la population-cible du programme

FOCUS

Les obligations légales

- L'entreprise doit soigner son personnel malade pendant les heures de travail (salariés, intérimaires, journaliers).

- Les entreprises internationales qui emploient des expatriés sont en général tenues responsables des maladies que ces expatriés contractent dans les pays où ils sont envoyés en mission : un cas de palu sera par exemple considéré comme une maladie professionnelle dans les codes du travail des pays du Nord.

- Le fait qu'une entreprise se lance dans un programme signifie en général qu'elle décide d'aller au-delà de ses obligations légales en prenant notamment en compte les populations riveraines.

- La définition de la population-cible dépend :
  - Des caractéristiques de la pathologie concernée (cf. fiche 18);
  - Des caractéristiques d'implantation et d'intégration de l'entreprise dans sa zone (cf. fiche 18);
  - Des moyens alloués pour le programme;
  - Des objectifs de l'entreprise et de l'engagement de la direction…

- **Qui intégrer en priorité dans la population-cible ?**

  - **Les salariés de l'entreprise**

  - **Les familles des salariés :** les entreprises offrent souvent une couverture santé aux familles, femme(s) et enfants, les associer à la population-cible est une démarche naturelle d'autant que femmes enceintes et enfants en bas-âge sont particulièrement à risque face à de nombreuses pathologies et que la plupart des actions sont plus efficaces lorsqu'elles sont portées par le couple ou le foyer (ex : prévention du VIH/sida, utilisation de moustiquaires…).

Note :
La définition du statut d'ayant-droit est parfois complexe. Les règles sont à définir au cas par cas par le comité de gestion du programme en concertation avec la direction.

- **Qui impliquer au-delà de la cible prioritaire et dans quels contextes ?**

Certaines situations peuvent conduire l'entreprise à élargir la population-cible aux **communautés environnantes** ainsi qu'aux **sous-traitants et partenaires** :

- L'entreprise occupe une place particulière dans son environnement (*ex : entreprise en zone rurale dont l'activité fait vivre toute une région*). Ce statut l'amène souvent à mener une politique sociale volontariste à l'égard des communautés environnantes. Un programme de santé se prête alors idéalement à ce type d'action. Stratégiquement, l'élargissement du programme légitime le droit d'opérer (cf. fiche 21) dans la zone.

- L'efficacité du programme passe par l'élargissement de la population-cible :

- Dans le cas du VIH/sida, lorsque la couverture des sous-traitants ou de groupes extérieurs à l'entreprise s'avère nécessaire pour protéger les employés eux-mêmes (*ex : entreprise de transport employant des chauffeurs routiers*).

- Dans le cas du paludisme, lorsque l'entreprise souhaite mettre en place des actions de contrôle vectoriel qui nécessitent la couverture totale et quasi-totale des populations sur des vastes zones géographiques (cf. fiche 10).

Définir la stratégie d'un programme de santé intégré

Beaucoup d'entreprises assurent la prise en charge de leurs employés. **S'engager dans un programme intégré, c'est aller au-delà de la seule prise en charge médicale en lançant des actions durables de prévention soutenues par des campagnes d'IEC.**

FOCUS

Il est vivement conseillé de mener une étude CAP, même très basique, au sein de l'entreprise avant de lancer un programme santé. Cela peut permettre d'éviter d'engager un programme sur de mauvaises bases. Elle permet de concevoir les actions les plus adaptées aux comportements des populations ciblées.

Cette lutte intégrée gagne à être menée conjointement sur plusieurs pathologies. Une telle politique est particulièrement fondée dans le cas du VIH/sida puisque l'affaiblissement immunitaire des sujets infectés les rend vulnérables à une foule d'autres pathologies comme la tuberculose.

ASTUCE

Prévenir les phénomènes d'essoufflement en variant les thèmes de lutte
L'un des défis des programmes santé en entreprise est d'éviter la lassitude qui tend à s'installer après plusieurs mois de lancement. Une solution consiste à mettre en place une stratégie « tournante » de lutte, en mettant l'accent chaque semestre sur un thème (ou une maladie) différent(e). Cette formule est particulièrement adaptée aux campagnes d'IEC.

Composer un programme contre le VIH/sida

- Tout programme VIH/sida comporte le même socle d'actions. Selon le degré d'implication de l'entreprise et la volonté d'obtenir des résultats concrets, un programme peut varier d'une logique de proposition des activités à une logique plus « volontariste ».

- Le **programme intégré standard** (proposition d'activités / mise à disposition de moyens) consiste en :

  - L'adoption et la diffusion d'une politique VIH/sida (non discrimination, lutte contre la stigmatisation…),

  - L'accès possible au dépistage (ex : partenariat avec un centre de santé local),

  - La mise à disposition de préservatifs dans l'entreprise,

  - L'organisation de formation(s) pour que chaque employé ait été sensibilisé au moins une fois,

  - La mise en place d'une mutuelle pour le remboursement de la prise en charge.

- Sur les mêmes actions, en plus des dispositions prises sur un programme standard, un **programme intégré d'excellence** (volonté de résultats) peut proposer :

  - Des activités d'IEC régulières (causeries mensuelles ciblées sur un thème) et une intense campagne de communication,

  - Une distribution innovante de préservatifs (fiches de paie…),

  - Le dépistage annuel sur site,

  - Des protocoles de prise en charge volontaristes (prise en charge à vie…).

Composer un programme contre le paludisme

- Une stratégie intégrée de lutte contre le paludisme poursuit au moins 2 des 3 objectifs de la lutte contre le paludisme :

  - limiter le nombre de piqûres ;

  - limiter la morbidité du paludisme, par des traitements préventifs et curatifs.

Note :
Le troisième objectif consiste à limiter le nombre de moustiques (cf. infra).

- Pour une entreprise, un **programme intégré standard** contre le paludisme consiste en :

  - la prise en charge rapide des cas simples avec des **ACT**,

  - la prise en charge rapide des cas graves avec le traitement adapté,

  - l'adoption d'un protocole de **diagnostic biologique**,

  - la mise en place du **TPI** pour les femmes enceintes,

  - la distribution de **moustiquaires** imprégnées prioritairement aux enfants de moins de 5 ans et aux femmes enceintes (ou l'organisation régulière de campagnes d'**IRS** dans les zones où l'IRS peut constituer une alternative à la moustiquaire efficace et économiquement viable).

Toutes ces actions doivent être soutenues par des campagnes d'**IEC**.

- Lorsque la mise en œuvre des actions prioritaires est satisfaisante et que la zone se prête à la lutte anti-larvaire et/ou anti-vectorielle (contexte épidémiologique, configuration des gîtes larvaires…), l'entreprise peut lancer un **programme intégré élargi** avec le recours à des actions plus sophistiquées (et logistiquement plus lourdes) comme l'**IRS**, le **contrôle biologique** ou l'**assainissement** (cf. fiche 10).

Composer un programme contre la tuberculose

- Plusieurs axes peuvent être retenus dans un programme d'entreprise :
  - Le **contrôle de la transmission**, basé sur l'identification précoce des cas :
  - Procédure de contrôle régulier (ex : bi-annuel) par radiographie pulmonaire,
  - Mise à disposition d'un diagnostic bacilloscopique pour tous les tousseurs,
  - Suivi des sujets manifestant des symptômes persistants de tuberculose,
  - L'adoption d'un **protocole de diagnostic** efficace et rapide, ce qui implique éventuellement un renforcement des moyens alloués au laboratoire qui réalise le diagnostic,
  - La prise en charge des patients par la stratégie DOTS,
  - La **prise en charge** spéciale **des tuberculoses multi-résistantes.**
- Toutes ces actions doivent être soutenues par de l'**IEC**, dans le but notamment de réduire la stigmatisation dont peuvent être victimes les malades de la tuberculose.

Définir le cadre d'implication géographique et temporelle

FOCUS

Contrôle vectoriel pour le paludisme : quel périmètre ?
Le périmètre d'un programme comportant des mesures de contrôle vectoriel doit être considéré sous un angle géographique dans la mesure où l'anophèle ne vole pas plus de 5 kilomètres.
Cette caractéristique du vecteur donne un cadre géographique à l'action : le périmètre d'une action de contrôle vectoriel est une zone de quelques kilomètres à la ronde autour des habitations de la population à protéger.

- **Quelle zone géographique le programme doit-il couvrir ?**

Cette question se pose principalement dans le cas d'un programme contre le paludisme lorsque l'entreprise souhaite engager des actions de contrôle vectoriel ou de lutte anti-larvaire (cf. fiche 10 et encadré ci-contre). Des études sur le vecteur (étude entomologique) et l'emplacement des gîtes larvaires dans la zone (cartographie) sont nécessaires pour délimiter le bon périmètre (cf. fiche 19).

- **Quel horizon temporel donner au programme ?**

Cette question se pose pour tous les programmes, quelle que soit la pathologie concernée :
- Sur les maladies exigeant une prise en charge chronique (VIH/sida, tuberculose, diabète…), problématique de la poursuite du traitement en cas de désengagement de l'entreprise ou

EXEMPLE

Que faire lorsqu'un employé sous traitement long-terme quitte l'entreprise ?
Cimencam (Cameroun) a choisi d'assurer le traitement à vie de l'employé et de ses ayant-droits. Lafarge South Africa assure le traitement pendant 6 mois après le départ, le temps de trouver une structure pour prendre le relais.
(source Lafarge, 2008, voir « Pour en savoir » +)

de départ du salarié. Les solutions apportées doivent être envisagées par la direction dès la conception du programme (cf. encadré ci-contre).

- Sur les maladies exigeant des opérations de prévention durables (ex : contrôle vectoriel pour le paludisme dont l'arrêt peut provoquer un brusque regain de transmission) : avant de lancer son programme, l'entreprise doit impérativement prévoir des partenariats avec des organisations locales (ONG, pouvoirs publics…) pour que le passage de relais soit assuré en cas de son désengagement.

Pour en savoir +

"Rôle des employeurs, des travailleurs et de leurs représentants: le dialogue social un outil pour l'action" (Organisation Internationale du Travail)
http://www.ilo.org/public/english/protection/trav/aids/code/manualfr/module3f.pdf
Module qui définit le cadre d'une politique et d'un programme VIH/sida sur le lieu de travail en dix thèmes. Le module commente la liste des directives pratiques du BIT pour un programme VIH/sida.

"Comment bâtir un programme santé" (Lafarge)
http://partenairescontrelesida.org/base-documentaire-1/autres-publications/
Le guide fournit une information et des exemples très concrets sur le périmètre d'engagement (population-cible, durée du programme…).

"Guide Pratique de Lutte contre le Paludisme en Entreprise" (Sanisphere)
www.sanisphere.com/pdf/Fr/Guide_Pratique_de_Lutte_contre_le_Paludisme_en_Entreprise.pdf
3 fiches (39, 40 et 41) sont consacrées à la définition du périmètre d'engagement d'un programme de lutte contre le paludisme ainsi que des actions à mener dans le cas d'une implication « minimum » (programme standard) et dans le cas d'une implication plus poussée (programme élargi).

"Starting a TB Workplace Programme: Principles" (WEF)
http://www.weforum.org/pdf/GHI/10Principles.pdf
Brochure qui présente 10 principes pouvant guider un programme contre la tuberculose.

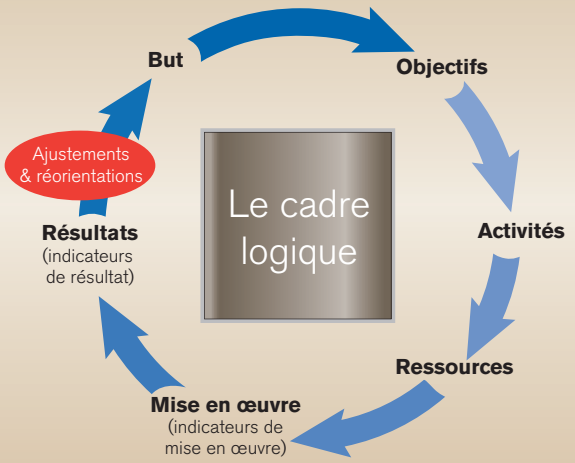
"Corporate Responses to HIV/AIDS" (Banque Mondiale)
http://siteresources.worldbank.org/CGCSRLP/Resources/CorporateResponse_toHIVAIDS.pdf
Recueil de cas très détaillés sur des programmes contre le VIH/sida menés par des entreprises.

FICHE 22 La définition d'un programme intégré : le cadre logique (part. 2)

Le cadre logique est développé au début des années 1980 par l'USAID. Il a depuis été adopté par de nombreuses organisations dont les Nations Unies ou l'Union Européenne pour faciliter la conception, l'exécution et le suivi-évaluation de nombreux projets.

Son but est de relier, dans un seul outil cohérent, les différents niveaux du programme (but, objectifs spécifiques, activités opérationnelles, ressources disponibles) et de suivre l'avancement du programme sur ces différents niveaux grâce aux indicateurs de résultat et aux indicateurs de mise en œuvre (cf. fiche 26).

Figure 10
Le cadre logique



Le cadre logique présenté ici est une reprise de celui proposé par MSD dans son Guide d'action du secteur privé contre le VIH/sida. Il a été adapté afin d'intégrer dans un même tableau la partie de suivi-évaluation (cf. Fiche 26).

L'ESSENTIEL

- **Le cadre logique est un outil couramment utilisé dans les programmes de développement et de santé.**
- **Il vise à regrouper dans un seul outil les différentes composantes d'un programme (but, objectifs, activités et ressources) et intègre les indicateurs de suivi-évaluation.**
- **Il est défini dès la conception du programme afin de détailler la stratégie et décliner le plan d'actions. Nourri par les indicateurs de résultat et de mise en œuvre (cf. fiche 26), il s'utilise ensuite tout au long du programme comme outil de pilotage et de suivi-évaluation.**

LA MISE EN ŒUVRE

Définir un programme intégré (2/2) : les grandes étapes

Étape 1
Définir le but du programme, ses objectifs et le plan d'actions concret en phase avec la stratégie définie (cf. fiche 21),

Étape 2
Définir les indicateurs de pilotage associés à chaque entrée du cadre logique (cf. fiche 26),

Étape 3
Définir les sources d'information pour nourrir ces indicateurs,

Étape 4
Fixer un niveau de résultat attendu pour chaque entrée.

Figure 10 bis
Le cadre logique

Buts (Responsabilité Sociale de l'Entreprise dans son environnement)	Exemples de Buts		Indicateurs d'impact	Source des données	Résultats attendus
	But 1	Stabiliser l'épidémie de VIH dans la région	Baisse de l'incidence dans les communautés environnantes. Baisse de la prévalence dans les communautés environnantes	Etude épidémiologique du ministère de la santé	Incidence en baisse de X% Prévalence en baisse de X%
	But 2	Réduire la stigmatisation et la discrimination du VIH dans la région	% de personnes dans la région ne faisant pas de discrimination	Etude CAP du ministère de la santé	% de personnes faisant de la discrimation en baisse de X%
Objectifs (Responsabilité Sociale de l'Entreprise pour les employés et les ayants droit)	Exemples d'objectifs		Indicateurs de résultat	Source des données	Résultats attendus
	Objectif 1	Réduire de 50% en 3 ans les comportements à haut risque de VIH parmi les employés	% d'employés pratiquant l'ABC (Abstinence, Fidélité, Préservatif) de la prévention comparé au début du programme	Enquête CAP parmi les employés, en début de programme et après 3 ans	Réduction de X% des comportements à haut risque
	Objectif 2	Réduire de 50% en 3 ans les attitudes et pratiques discriminatoires parmi les employés	% de travailleurs témoignant d'attitudes et pratiques bienveillantes à l'égard des PVVIH comparé au début du programme	Enquête CAP parmi les employés, en début de programme et après 3 ans	Réduction de X% des attitudes et pratiques discriminatoires
	Objectif 3	Réduire de 70% en 3 ans l'absentéisme lié au VIH/sida parmi les employés	Durée cumulée de l'absentéisme parmi les employés vivant avec le VIH/sida et sa réduction en 3 ans	Rapports des départements médicaux et des ressources humaines	Réduction de X% de l'absentéisme lié au VIH
Activités	Exemples d'activités		Indicateurs de mise en œuvre	Ressources	Réalisé
	Activité 1	Organiser 2 sessions annuelles de sensibilisation pour les employés et les ayants droit	Nombre d'employés et ayants droit participant aux sessions (mesuré à la fin de chaque session)	Budget, personnel et temps alloués aux sessions (source DRH et comité VIH/sida)	1 session réalisée sur l'année
	Activité 2	Organiser l'accès aux préservatifs féminins et masculins	Taux d'utilisation des préservatifs et satisfaction clients (source DRH et comité VIH/sida)	Budget et personnel pour la distribution des préservatifs (source DRH et comité VIH/sida)	Accès assuré X% du temps dans X% des lieux de distribution
	Activité 3	Organiser 2 campagnes annuelles de dépistage (CDV) pour les employés et leurs ayants droit	Nombre et % d'employés connaissant leur statut VIH (mesuré par rapport anonyme du service de santé et par une enquête CAP)	Budget, infrastructure, personnel et temps alloués aux campagnes de CDV (source DRH et comité VIH/sida)	1 campagne réalisée sur l'année
	Activité 4	Organiser l'accès au traitement des IST et du VIH/sida pour les employés et leurs ayants droit	Nombre d'employés et ayants droit bénéficiant des prestations médicales et leur satisfaction (données obtenues par le service de santé et à partir d'enquêtes)	Budget, infrastructure, personnel et temps alloués aux campagnes de CDV (source DRH et comité VIH/sida)	Traitement assuré pour X% des patients

Pour en savoir +

Guide d'action du secteur privé contre le VIH/sida" (MSD)
http://partenairescontrelesida.org/app/download/3342307602/Fichiers+Acrobat+Blueprint.zip
Le cadre logique est présenté au travers des modules Politique et Suivi-évaluation.

"Comment bâtir un programme santé" (Lafarge)
http://partenairescontrelesida.org/base-documentaire-1/autres-publications/
L'annexe E présente le cadre logique de Hima Cement sur le paludisme.

FICHE 23 Les acteurs de la lutte contre les 3 pandémies

Acteurs institutionnels, fondations et agences de développement internationales

L'ESSENTIEL

- **Les années 2000 ont été celles de la prise de conscience internationale des nécessaires efforts à fournir pour lutter contre le VIH/sida ainsi que le paludisme et la tuberculose.**
- **De nombreux acteurs, organisations internationales, ONG, agences de développement, coalitions… se sont engagés (ou se sont créés) dans ce mouvement.**
- **Cette fiche en présente une liste (non exhaustive) afin d'aider l'entreprise dans ses recherches de partenariats, d'information, d'appui scientifique et technique…**

• OMS (Organisation Mondiale de la Santé)
L'OMS fournit une information de référence sur la prévention et la prise en charge des différentes pathologies. La plupart des pays dispose d'un bureau OMS qui peut être une source d'information bibliographique locale sur les questions sanitaires

• Fonds Mondial de Lutte contre le Sida, le Paludisme et la Tuberculose
Le Fonds Mondial, partenariat public-privé créé en 2002, est le premier bailleur international spécialisé sur les 3 pandémies.
La procédure d'allocation des fonds est centralisée au niveau des pays bénéficiaires. Une entreprise peut essayer d'obtenir des fonds en s'associant à la soumission faite par l'instance de coordination nationale (CCM ; le FM n'a pas de représentation dans les pays, il faut s'adresser aux CCM, cf. «Pour en savoir +»).

ASTUCE

« Le Fonds Mondial cherche activement d'autres entreprises pour devenir récipiendaires et maîtres d'œuvre de programmes ». *Dr Michel Kazatchkine, Directeur Exécutif du Fonds Mondial, le 4/12/2009.*

• Banque Mondiale
La Banque Mondiale fournit un appui financier et technique pour l'ensemble des pays en développement. Elle se compose de deux institutions : la BIRD (Banque Internationale pour la Reconstruction et le Développement) et l'Association Internationale de Développement (IDA). La Banque Mondiale est l'un des 3 principaux bailleurs internationaux dans la lutte contre le VIH/sida au travers de son programme MAP (Multi-country HIV/aids Program for Africa). Ce programme est destiné à soutenir différents acteurs, dont le secteur privé.

• ONUSIDA
Programme de coordination des agences de l'ONU sur le Sida qui peut apporter un soutien technique au secteur privé (principalement à des coalitions), dans la mise en œuvre de programme ou dans la recherche de financement. Un conseiller ONUSIDA est présent dans la plupart des pays d'Afrique.

• RBM (Roll Back Malaria)
Partenariat international (OMS, UNICEF, UNDP, Banque Mondiale…) pour encadrer la mise en œuvre d'une action coordonnée contre le paludisme. RBM peut être considéré comme le point focal de la lutte contre le paludisme, source d'information et relais vers d'autres acteurs. Basé à Genève, RBM a des représentations au Sénégal, en Ouganda et au Gabon (cf. «Pour en savoir +»).

• Stop TB Partnership
Equivalent de RBM sur la tuberculose, le partenariat vise à placer la tuberculose au cœur des priorités de santé publique internationale. Très axé sur la communication, il offre une information riche sur la tuberculose. Le partenariat est basé à l'OMS à Genève.

• OIT (Organisation Internationale du Travail)
Organisation spécialisée sur les problématiques sur le lieu de travail, l'OIT est la référence sur les aspects réglementaires de la lutte contre les pathologies en entreprise.

• Les coopérations bilatérales
Les agences de coopération des pays du Nord (GTZ - coopération allemande, cf. fiche 23-, Agence Française de Développement, USAID...) peuvent offrir une sérieuse expertise technique (formation, suivi-évaluation…).

• Les grandes fondations
La Bill&Melinda Gates Foundation est la plus importante fondation privée au monde engagée sur la santé dans les pays en développement (en particulier sur le paludisme). Comme d'autres fondations privées (**Clinton Foundation**...), elle finance quasi exclusivement des organisations à but non lucratif (Etats, ONG...).

Acteurs publics locaux

- Les principaux acteurs publics locaux sont les programmes nationaux de lutte : Comité National de Lutte contre le Sida, Programme National de Lutte contre le Paludisme, Programme National de Lutte contre la Tuberculose.

- Programmes du Ministère de la Santé, ils sont en charge de la coordination nationale des programmes santé et sont souvent incontournables.

- **Une entreprise qui souhaite lancer une initiative doit contacter le Programme National de Lutte** pour se documenter, approfondir les recommandations de la politique nationale, être mis en relation avec des partenaires potentiels… et **faire part de son action aux pouvoirs publics.**

Coalitions d'entreprises

Les coalitions sont un cadre pour :

- entrer en relation avec d'autres entreprises déjà engagées (partage d'expérience…) ;

- assoir sa capacité de négociation avec des partenaires potentiels ;

- promouvoir ses propres activités grâce à la force de communication du groupe.

Parmi les principales **coalitions internationales** :

• GBC (Global Business Coalition)
Coalition d'environ 200 entreprises, elle assure la promotion des programmes santé (VIH/sida/paludisme/tuberculose) et le plaidoyer auprès de ses membres : évènementiel, partage d'expérience…

• WEF (World Economic Forum)
Fondation à but non lucratif, le Forum Economique Mondial est un espace de réflexion sur les problèmes fondamentaux de la planète. En matière de santé, le WEF a lancé la GHI (Global Health Initiative) qui a pour mission d'inciter les entreprises à conclure des partenariats publics-privés afin de lutter contre le HIV/sida, la tuberculose, le paludisme et de renforcer les systèmes de santé. Le WEF soutient ainsi les coalitions d'entreprises en organisant des actions de plaidoyer et en fournissant de l'information (guides, business cases).

• PABC (Pan African Business Coalition on HIV/Aids) **& CAMA** (Corporate Alliance on Malaria in Africa) : coalitions d'entreprises africaines (pays Anglophones et francophones) respectivement dédiées au VIH/sida et au paludisme.

• Sida Entreprises
Sida Entreprises est une coalition de 16 entreprises françaises sur le VIH/sida. Elle assure essentiellement des services de formation et d'informations auprès de ses membres.

De nombreuses **coalitions** existent aussi **à l'échelon national** (ex : SABCOHA en Afrique du Sud - cf. « Pour en savoir + »). Implantées localement, elles sont à contacter en priorité.

Les **coalitions « économiques »** peuvent aussi être approchées car elles s'intéressent en général aussi aux problèmes de santé en entreprise (ex : Corporate Council on Africa).
Enfin, selon les pays, les **chambres de commerce** peuvent aussi être actives et proposer à leurs membres un service d'accompagnement.

ONG locales et internationales, instituts de recherche

ONG, associations et instituts de recherche sont des partenaires opérationnels potentiels :

- ONG et associations, pour les campagnes d'IEC (ex : formation, pièce de théâtre) et pour les actions de prévention (ex : distribution et suivi d'une campagne de moustiquaires) ;

- Instituts de recherche, en tant que partenaire technique pour les analyses spécialisées (ex : étude entomologique avant une campagne d'IRS).

Parmi les ONG internationales spécialisées dans les services aux entreprises peuvent être citées :

• **PSI** (Population Service International)
PSI est une ONG de santé majeure, présente dans de nombreux pays et spécialisée sur plusieurs pathologies dont le paludisme, le VIH/sida, la tuberculose, la santé reproductive. PSI offre toute une gamme de services dont l'approvisionnement et la distribution de préservatifs et de moustiquaires dans le cadre de ses activités de « marketing social ».

• **RTI** (Research Triangle Institute)
RTI, prestataire de service, propose une large gamme de services aux entreprises (formation, études, expertise technique…). RTI est notamment en pointe sur les actions de contrôle vectoriel à grande échelle.

• **Partenaires Contre le Sida**
Partenaires contre le Sida est une ONG par Sida Entreprises et GBC avec le soutien financier de l'Agence Française de Développement. Le programme vise à fournir un appui technique opérationnel auprès du monde du travail qui s'engage dans la lutte contre le VIH/sida, le paludisme ou la tuberculose.

• **CARE**
ONG internationale de développement parmi les plus importantes, CARE a développé une offre spéciale pour les entreprises en leur proposant d'améliorer leur impact sociétal par le financement de projets internationaux ou par la mobilisation de leurs propres salariés.

Les autres grandes **ONG de développement (Plan, AMREF…)** peuvent être d'excellents partenaires pour élargir un programme d'entreprise à une population plus large. Elles sont notamment expertes pour coordonner les **ONG et associations locales**, structures « de terrain » avec lesquelles les entreprises sont souvent peu habituées à collaborer.

Pour tout programme exigeant une expertise scientifique, un partenariat peut être conclu avec des instituts de recherche ou des universités.
Quelques exemples : **IRD** (Institut de Recherche pour le Développement : Institut français installé dans de nombreux pays en développement et très orienté sur la recherche opérationnelle), **Institut Tropical Suisse, London School of Hygiene and Tropical Medicine, Harvard School of Public Health,** Institut de Médecine Tropicale d'Anvers,…

Pour en savoir +

"Business Coalitions Tackling AIDS" (World Economic Forum)
http://www.weforum.org/pdf/AM_2008/WBC_Report.pdf
Document de référence sur les coalitions d'entreprises contre le VIH/sida : rôle, contribution… Le rapport donne une liste étoffée des coalitions existantes.

"Secteur Privé - Les modalités de soumission d'une requête au Fonds Mondial" (Partenaires Contre le Sida)
http://partenairescontrelesida.org/base-documentaire-1/outils-pour-le-secteur-privé/
Document de référence pour guider l'entreprise dans sa recherche de financement auprès du Fonds Mondial.

FICHE 24 Les partenariats

L'ESSENTIEL

- **Il existe différentes formes de partenariats, l'important pour l'entreprise étant de trouver celui qui est le plus adapté à ses besoins.**

- **Ces partenariats sont plus ou moins complexes à formaliser. Lorsqu'elle s'engage dans une telle démarche l'entreprise doit:**
  - **Identifier clairement ses besoins ;**
  - **Comprendre les logiques, les contraintes et l'intérêt particuliers du ou des partenaires ;**
  - **S'appuyer sur le leadership de la direction ;**
  - **S'ouvrir au partenariat qui n'est pas toujours dans sa culture.**

- **L'entreprise doit aussi être capable d'identifier ce qu'elle apporte à ses partenaires potentiels et non pas seulement ce qu'elle en retire.**

- **Il est alors primordial d'établir clairement les rôles et les responsabilités entre les partenaires et de prêter une attention particulière au suivi des activités concernées.**

LA MISE EN ŒUVRE

Monter un partenariat : les grandes étapes

Étape 1
Identifier le(s) bon(s) partenaire(s) selon le type de partenariat envisagé,

Étape 2
Définir la meilleure manière d'approcher le partenaire : Qui l'approche (position, compétence, rôle adapté à la démarche), avec quel argumentaire ?

Étape 3
Organiser les premiers échanges : prise de connaissance, partage d'objectifs…

Étape 4
Formaliser le partenariat : calendrier, rôles respectifs, contrat…

Étape 5
Mettre en œuvre le partenariat,

Étape 6
Suivre le partenariat : comités de pilotage…

Le succès de la lutte contre les grandes épidémies mondiales passe nécessairement par la mise en place de partenariats réunissant différentes parties prenantes publiques ou privées.

Pour de nombreux acteurs publics, l'entreprise est un partenaire essentiel car elle permet de toucher une grande partie de la population active et, plus largement, de nombreuses populations locales. L'entreprise, quant à elle, doit compter sur des partenaires externes pour l'aider à gérer les aspects techniques et financiers de problèmes de santé qui sont éloignés de son cœur d'activité.

Ce partage de responsabilité n'est toutefois pas toujours facile à mettre en œuvre tant les logiques des différents partenaires potentiels sont différentes. Un dialogue permanent est alors primordial pour que les intérêts et les contraintes de chacun des acteurs soient compris et respectés.

Quel(s) partenaire(s) pour quel(s) partenariat(s)?

Les partenariats varient en fonction des activités qui sont menées et des partenaires impliqués. Il est possible de distinguer trois grands types de partenariats :

- **L'entreprise bénéficie d'un produit ou d'un service de façon ponctuelle et non commerciale.** De nombreuses entreprises ont noué des partenariats avec des ONG ou des agences de coopération bilatérales pour bénéficier de façon ponctuelle de services (sensibilisation, formation du personnel) ou de produits (préservatifs, moustiquaires). L'intérêt pour le partenaire de l'entreprise est de toucher facilement une large population tandis que l'intérêt pour l'entreprise est de bénéficier d'une expertise dont elle ne dispose pas en interne et de produits qui ne grèvent pas son budget santé.

- **L'entreprise bénéficie d'un soutien technique et éventuellement financier pour mettre en œuvre un programme complet qui s'inscrit dans la durée.** Ces programmes, qui couvrent tous les

aspects de la réponse aux épidémies (prévention, dépistage, traitement), sont à destination du lieu de travail avec, parfois, des extensions vers les sous-traitants, les familles des salariés et/ou les populations locales. Ce type de partenariat, généralement mis en place par des agences de coopérations nationales ou des ONG, fait l'objet de conventions permettant aux parties prenantes de clairement définir leurs rôles et leurs responsabilités. La GTZ (Agence de coopération technique allemande) dispose, par exemple, d'un programme spécifique pour aider les entreprises à établir des programmes de lutte contre le VIH/SIDA sur le lieu de travail (cf. Pour en savoir +). La contribution financière de l'entreprise est souvent nécessaire, même si celle-ci peut être comptabilisée de différentes manières (ressources humaines, mise à disposition de locaux ou de matériel, par exemple).

- **L'entreprise participe à la mise en œuvre de plans nationaux de lutte contre les épidémies.** C'est notamment le cas dans le cadre des programmes financés par le Fonds mondial ou la Banque mondiale (voir exemple plus bas). Le contenu du partenariat peut porter sur la distribution de produits (préservatifs, moustiquaires) ou de services (dépistage du VIH ou de la tuberculose, sensibilisation, formation) spécifiques, ou bien être beaucoup plus large et prendre la forme d'un co-investissement (voir encadré). Plus rarement, l'entreprise participe directement à la formalisation et la mise en œuvre de plans nationaux. C'est le cas notamment de l'entreprise Anglogold Ashanti qui a participé au sein du Comité de Coordination Multisectoriel (CCM) du Ghana à la rédaction et la mise en œuvre d'une proposition soumise et acceptée au Fonds mondial en 2009.

FOCUS

Les co-investissements

« Dans le contexte de la réponse au VIH/Sida, l'expression co-investissement se réfère à l'investissement conjoint, harmonisé et coordonné, des ressources publiques et privées, avec pour objectif commun la fourniture de services VIH/Sida et l'accès équitable à ces services. »[25]

Le terme de co-investissement permet de mettre en avant l'idée que différentes parties prenantes, privées et publiques, joignent leurs ressources au bénéfice d'une population plus large que celle des salariés de l'entreprise. Un exemple de co-investissement consiste pour une entreprise disposant d'un centre de santé primaire, voire secondaire, à l'ouvrir aux populations locales en collaboration avec les autorités publiques et le soutien d'organismes bi- ou multilatéraux (cf. «Pour en savoir +»).

25 GBC/GTZ, Faire du co-investissement une réalité, 2005.

Figure 11
Différents partenaires, différents partenariats et différentes approches

Institutions	Type de partenariat	Approche	Exemples
Fonds mondial	Financier (directement), produits et services (indirectement)	Etablis par l'intermédiaire du CCM ou, indirectement, par l'intermédiaire des bénéficiaires principaux ou des sous-bénéficiaires	Coalitions nationales de lutte contre le SIDA (Ouganda, Botswana, Ghana)
Banque mondiale	Technique et financier (directement), produits et services (indirectement)	Programmes Nationaux de Lutte contre le SIDA	Soutien de 33 grandes entreprises au Cameroun [26]
SFI	Technique et financier	Etablis dans le cadre du programme SFI contre le SIDA, accessibles aux clients de l'organisme uniquement	Odebrechet (Angola), Magadi Soda (Kenya)
GTZ	Technique et financier	Etablis en lien avec la GTZ et ses bureaux locaux	Lafarge (Tanzanie, Nigéria)
PEPFAR/PMI	Technique et financier	Etablis en lien avec les bureaux locaux	Société des caoutchoucs de Grand Bereby (Côte d'Ivoire)
ONG	Technique	Etablis en lien avec les bureaux locaux	FHI, PSI, PCS…

Les étapes du partenariat

Tous les partenariats suivent à peu près les mêmes étapes, même si certains sont bien plus flexibles à mettre en place que d'autres.

La formalisation

Tout partenariat doit être clairement formalisé avant d'être mis en œuvre. Trois étapes sont particulièrement importantes à ce stade :

1) Construire l'idée du partenariat :
- Identifier les besoins de l'entreprise ;
- Définir les objectifs du projet ;
- Identifier la population cible ;
- Identifier ce que l'entreprise apporte (y compris financièrement mais pas seulement car cela peut aussi s'exprimer en terme de ressources humaines par exemple) ;
- Identifier le ou les meilleurs partenaires possibles ;
- Approcher les partenaires et valider l'idée du partenariat.

2) Se mettre d'accord avec le(s) partenaire(s) :
- Démontrer la valeur ajoutée du partenariat ;
- Identifier la population cible ;
- Définir des objectifs ainsi que des jalons clairs et précis ;
- Définir les rôles et responsabilités de chaque partie prenante.

3) Rédiger un contrat de partenariat (cf. Guide MSD dans «Pour en savoir +») :
- Formaliser le partenariat par écrit ;
- Etablir un calendrier ;
- Définir un budget ;
- Définir des indicateurs de suivi simples à évaluer mais néanmoins engageants ;
- Le partenariat doit être signé par la direction de l'entreprise.

Ces différentes actions sont plus ou moins complexes à réaliser. S'il est relativement facile de nouer des relations avec des ONG ou certaines agences de coopération bilatérales, la mise en place d'un dialogue avec les CCM (organes assurant la liaison avec le Fonds mondial) ou les Programmes Nationaux de Lutte contre le SIDA (PNLS) le paludisme ou la tuberculose, n'est pas toujours aisé. De la même manière, les conditions imposées par les uns ou les autres varient entre une grande flexibilité et une certaine rigidité qui peut parfois sembler aller à l'encontre de la performance chère aux entreprises.

26 Banque Mondiale : http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/COUNTRIES/AFRICAEXT/EXTAFRHEANUTPOP/EXTAFRREGTOPHIVAIDS/0,,contentMDK:20450753~pagePK:34004173~piPK:34003707~theSitePK:717148,00.html

FOCUS

Le rôle-clé des facilitateurs

La création de partenariats complexes, notamment avec des organismes tels que le Fonds mondial ou PEPFAR, peut être accélérée par l'intervention de facilitateurs. Pour être efficace, ceux-ci doivent avoir une connaissance approfondie de toutes les parties prenantes en présence, que ce soient les organisations internationales, le monde de l'entreprise ou les autorités publiques. Ils interviennent alors comme de véritables traducteurs permettant à chaque partie prenante de comprendre la manière de fonctionner des autres et d'éviter ainsi de nombreux malentendus. Ils sont utiles pour accélérer :

• L'identification du bon partenaire ;

• La phase de contact ;

• La formalisation d'un accord de partenariat.

Les coalitions nationales d'entreprises contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme peuvent jouer ce rôle de facilitateurs. Par exemple, la Malawi Business Coalition Against HIV/AIDS a joué un rôle clé dans la formalisation d'un partenariat entre le bénéficiaire principal des financements du Fonds mondial et une trentaine d'entreprises.
Mais ce sont surtout les ONG spécialisées dans l'appui technique au secteur privé et les partenaires techniques bilatéraux ou onusiens qui jouent ce rôle.

La mise en œuvre

Tout comme la formalisation, la mise en œuvre peut varier en fonction des types de partenariats établis. Dans tous les cas, les facteurs de succès sont relativement similaires :

• La personne qui sera responsable de la gestion du projet doit être clairement identifiée comme telle par les collaborateurs de l'entreprise ;

• Les personnes impliquées dans le partenariat doivent bénéficier d'un soutien visible et constant de la part de la direction, à plus forte raison si le programme repose sur l'implication bénévole de salariés ;

• Le gestionnaire du partenariat doit avoir à sa disposition les moyens humains, techniques et financiers nécessaires à la réussite du partenariat ;

• La remotivation des membres de l'équipe chargée de la mise en œuvre du partenariat peut s'avérer cruciale dans des programmes de longue durée ;

• La mise en œuvre du partenariat gagne à s'inspirer des techniques de gestion de projet connues des entreprises.

L'assistance technique dans la mise en œuvre peut se traduire dans certains cas par la présence ponctuelle ou permanente d'un ou plusieurs experts sur le lieu de travail, qui seront pris en charge par le partenaire externe ou conjointement par ce dernier et l'entreprise.

Si les débuts de la mise en œuvre peuvent parfois se révéler chaotiques, c'est que les différentes parties prenantes doivent prendre le temps de se connaître et de se comprendre. Au bout de quelque temps, les méthodes de travail finissent par s'accorder dans un dialogue qui est entretenu par les parties.

Le suivi

Nécessaire pour assurer le succès et la pérennité d'un partenariat. Il est l'occasion pour l'entreprise de démontrer sa valeur ajourée en tant que partenaire et l'excellence de sa capacité de gestion. Les éléments-clés sont alors les suivants :

- Le partenariat doit faire l'objet d'un suivi continu par l'intermédiaire d'indicateurs définis à l'avance ;
- Certains organismes, comme le Fonds mondial ou le PEPFAR, ont de fortes exigences en matière de suivi, ce qui peut se révéler assez contraignant pour l'entreprise ;
- Les objectifs et le calendrier définis en amont doivent être scrupuleusement respectés ;
- Une attention particulière doit être apportée au suivi des budgets, un système de comptabilité rigoureux devra être mis en place ;
- Les difficultés rencontrées doivent être soulevées le plus tôt possible afin de trouver des solutions à des problèmes qui relèvent souvent du malentendu entre des partenaires dont les manières de fonctionner sont différentes.

Enfin, l'amélioration permanente du programme doit être constamment en ligne de mire des partenaires. Ceux-ci doivent être intransigeants sur les critères de performance choisis, mais également suffisamment flexibles pour changer de cap lorsqu'il apparaît évident que le partenariat est dans une impasse. Les difficultés qui se présentent seront d'autant plus facilement surmontées qu'une relation de confiance s'établira entre les partenaires, au bénéfice des personnes concernées par le programme.

ASTUCE

Développer un partenariat avec le Fonds mondial (VIH/sida, paludisme et tuberculose)

Les demandes émises par les parties prenantes sont centralisées par les CCM (Mécanismes de Coordination Pays) qui soumettent alors une requête nationale. Les formulaires développés par le Fonds mondial pour chaque appel à propositions sont donc avant tout destinés aux CCM et non pas à chaque partie prenante. En conséquence, les étapes à suivre pour participer à la formalisation et la mise en œuvre des demandes de financement sont à la fois moins formelles et plus complexes :

- Etape 1 : Prendre contact avec le CCM, si possible par l'intermédiaire du point focal du secteur privé dans le CCM ;
- Etape 2 : Travailler avec d'autres entreprises pour définir le rôle du secteur privé dans les priorités développées par le CCM dans le cadre d'un appel à proposition spécifique ;
- Etape 3 : Participer à la rédaction de la proposition en s'assurant que le rôle du secteur privé est compris à sa juste mesure (le secteur privé n'est pas là pour capter des ressources à son bénéfice mais pour contribuer à un objectif plus global) ;
- Etape 4 : Si la requête est approuvée, s'assurer que les termes de la proposition soient bien appliqués lors de sa mise en œuvre.

Plus simplement, des partenariats peuvent également être établis avec les récipiendaires ou sous-récipiendaires des financements déjà approuvés.

Pour en savoir +

"Les modalités de soumission d'une requête au Fonds Mondial" Série Pratique n°1 (Partenaires Contre le Sida)
http://partenairescontrelesida.org/app/download/2790020202/Série+pratique+PCS+n°1.pdf

"Secteur Privé et monde du travail. Initiation à la rédaction d'une requête au Fonds Mondial" Série Pratique n°2 (Partenaires Contre le Sida)
http://partenairescontrelesida.org/app/download/2790421102/Série+pratique+PCS+n°+2+.pdf

"Guide d'action du secteur privé contre le VIH/sida" (MSD)
http://partenairescontrelesida.org/app/download/3342307602/Fichiers+Acrobat+Blueprint.zip
Le module Partenariats présente quantités de conseils pratiques sur les avantages des différents partenaires potentiels, le contenu d'un contrat de partenariat…

"Faire du co-investissement une réalité" (GTZ/GBC)
http://www.ilo.org/public/english/protection/trav/aids/publ/gtzgbccoinvest.pdf

"HIV-related Public-Private Partnerships and Health Systems Strengthening" (ONUSIDA)
http://data.unaids.org/pub/Report/2009/jc1721_publicprivatepartnerships_en.pdf

"Public-private partnerships in health" (Forum Economique Mondial)
http://www.weforum.org/pdf/GHI/Partnerships_health.pdf

"HIV/AIDS and Business in Africa and Asia : A Guide to partnerships" (Harvard University/ Forum Economique Mondial)
http://www.weforum.org/pdf/Initiatives/GHI_Harvard_Partnership_Guidelines.pdf

"Doing Good Business : HIV/AIDS Public-Private Partnerships" (USAID)
http://www.usaid.gov/our_work/global_health/aids/Partnerships/partnership_brief.pdf

FICHE 25 La gestion de projet

L'ESSENTIEL

- **Un programme de santé intégré doit impérativement être porté sur chaque site par un responsable clairement identifié. Celui-ci doit avoir le temps, les compétences et le soutien interne nécessaires pour coordonner les services impliqués : Centre Médical, Ressources Humaines, Services Techniques, Direction Générale…**

- **Opérationnellement, son action doit être soutenue et relayée par :**
  - **un comité de santé, formé de représentants des différents services ;**
  - **le responsable du centre médical ;**
  - **des pairs éducateurs, pour diffuser l'IEC au quotidien ;**
  - **des agents techniques pour des initiatives de prévention spécifique.**

LA MISE EN ŒUVRE

Assurer la gestion du projet : les grandes étapes

Étape 1
Désigner le responsable de programme le mieux à même, de par sa position dans l'entreprise, de porter le projet (charisme, relations avec les services-clef, motivation, temps à consacrer au programme…),

Étape 2
Désigner les membres du comité de santé, en s'assurant que tous les services concernés par le programme sont représentés,

Étape 3
Recruter les acteurs opérationnels du programme, pairs-éducateurs et animateurs,

Étape 4
Désigner les membres du comité de pilotage, en s'assurant que toutes les parties prenantes au programme sont représentées,

Étape 5
Etablir un calendrier de réunion des différentes instances,

Étape 6
Animer ces instances.

En allant au-delà de la prise en charge médicale, un programme intégré n'est pas de la responsabilité unique du centre médical de l'entreprise. **L'approche transversale de la santé dans l'entreprise demande l'implication, autour du responsable de programme :**

- **de différents services :** Direction Générale, Centre Médical, Ressources Humaines, Hygiène Sécurité Environnement, Développement Durable, Services Techniques, Communication et Relations Publiques ;

- **de salariés et de groupements de salariés :** pairs-éducateurs, syndicats, associations, comité d'entreprise ;

- **de différents acteurs externes :** prestataires externes (ONG, institut de recherche…), leaders communautaires et animateurs (si le programme est étendu aux populations voisines).

Sur le plan de l'organisation humaine, un programme d'entreprise doit être confié à un **responsable de programme** soutenu par un **comité de santé.**

Le responsable de programme

- Il est indispensable de désigner officiellement, pour chaque site, un responsable de programme. En l'absence d'une personne nommée pour « porter » l'initiative sur le site, le programme risque de s'essouffler rapidement.

- Le responsable doit pouvoir allouer tout ou partie de son temps de travail au programme :
  - Montage du dossier, plaidoyer interne ;
  - Mise en œuvre des activités ;
  - Suivi-évaluation du programme (cf. fiche 25) ;
  - Coordination des différents acteurs…

- Le responsable de programme peut être désigné parmi les collaborateurs internes. Dans le cas d'un programme d'envergure complexe, le recrutement d'un directeur de programme familier avec ce type de mission ou le recours à un spécialiste peut être envisagé.

ASTUCE

Choisir le responsable de programme
Le responsable doit avoir :

- le désir d'agir ;
- le temps de se consacrer au programme (temps partiel ou plein temps) ;
- le soutien affiché de la direction pour fédérer les différents services autour du projet ;
- le leadership pour soutenir le programme en interne et en externe. C'est la capacité à fédérer et à animer qui est nécessaire, davantage que le statut hiérarchique.

La personne adéquate n'est pas nécessairement un personnel de santé ; un programme intégré requiert surtout des compétences de gestionnaire et de coordinateur.

Le comité de santé

- Le responsable de programme doit pouvoir trouver des relais dans les différents services potentiellement concernés (voir ci-dessus). Ces relais forment le comité de santé en charge :

  - de la définition de la stratégie ;

  - du suivi-évaluation régulier.

- Le comité de santé se réunit au moins une fois par trimestre.

Pairs-éducateurs et acteurs opérationnels

- L'action du responsable de programme et du comité de santé s'appuie sur un réseau de pairs-éducateurs pour les campagnes d'IEC (cf. fiche 5) et d'acteurs opérationnels pour des initiatives de prévention particulières (ex : agents des services techniques pour les campagnes d'IRS).

- Le défi pour le responsable de programme est de maintenir la motivation des équipes autour du programme (voir encadré).

- Pour organiser des évènements autour d'une pathologie donnée, le responsable du programme a également intérêt à s'appuyer sur des groupes d'employés déjà organisés : syndicats, comités d'entreprise, équipes sportives…

Le comité de pilotage

- Le comité de pilotage est l'organe décisionnel du programme, lieu de la réflexion et de la prise de décision stratégique.

- Il rassemble l'ensemble des partenaires du projet, internes et externes à l'entreprise (ONG, bailleurs de fonds) afin d'assurer la représentativité des parties prenantes.

- Le comité de pilotage se réunit en général chaque trimestre ou (chaque semestre) pour :

  - dresser le bilan des activités réalisées durant la période écoulée,

  - préparer la phase suivante.

Note : Le cadre logique est par excellence l'outil utilisé lors du comité de pilotage (cf. fiche 22).

Pour en savoir +

"Comment bâtir un programme santé" (Lafarge)
http://www.gbcimpact.org/itcs_node/9/528/resources/2317
Une partie approfondie est consacrée aux diverses ressources du programme (responsable, comité de santé et pairs éducateurs) concernant leur rôle et leur recrutement.

"Guide d'action du secteur privé contre le VIH/sida" (MSD)
http://partenairescontrelesida.org/app/download/3342307602/Fichiers+Acrobat+Blueprint.zip

FICHE 26 Le suivi-évaluation

L'ESSENTIEL

- **Le suivi-évaluation est essentiel pour garantir l'efficacité et la réussite d'un programme dans la durée.**

- **Fondé sur le suivi d'indicateurs de mise en œuvre et d'indicateurs de résultat, il vise à :**
  - **contrôler la bonne mise en œuvre du programme (pilotage) ;**
  - **garantir son amélioration continue (identification des actions correctrices…) ;**
  - **assurer sa promotion, en interne et auprès des partenaires (ONG, autorités sanitaires, bailleurs…).**

LA MISE EN ŒUVRE

Assurer le Suivi évaluation : les grandes étapes

Étape 1
Définir les indicateurs de mise en œuvre associés aux activités listées dans le cadre logique (cf. fiche 22),

Étape 2
Définir les indicateurs de résultats associés aux buts et objectifs listés dans le cadre logique (cf. fiche 22),

Étape 3
Identifier et former, au sein des différents services concernés en interne ainsi que chez les partenaires du programme, les personnes responsables de la collecte des données permettant de nourrir ces indicateurs,

Étape 4
Compléter, au minimum une fois par trimestre, la colonne Résultats/Réalisé du cadre logique,

Étape 5
Analyser ces données pour définir et proposer des actions correctrices dans le cadre de la mise en œuvre des activités,

Étape 6
Analyser ces données pour évaluer la performance du programme et en assurer la promotion.

Le suivi-évaluation repose sur des indicateurs de mise en œuvre (suivi) et des indicateurs de résultat (évaluation). Suivant l'envergure du programme et les moyens engagés, les indicateurs observés peuvent être plus ou moins sophistiqués.

Piloter et ajuster le programme à l'aide des indicateurs de mise en œuvre (suivi opérationnel)

- Un programme, en particulier lorsqu'il comprend plusieurs volets, doit faire l'objet d'un pilotage à partir d'indicateurs de suivi pour surveiller l'avancée des diverses opérations et corriger au besoin les modes opératoires adoptés, revoir les moyens engagés…

ASTUCE

Différents outils de suivi
Les indicateurs gagnent à être regroupés dans un document de synthèse (feuille de route, tableau de bord, cf. «Pour en savoir +») afin de faciliter le suivi opérationnel grâce à une vue d'ensemble sur l'avancement du programme et de formaliser le reporting en vue de la présentation des résultats.

- Les tableaux qui suivent font un inventaire (non exhaustif) des indicateurs que le responsable du programme peut suivre sur chaque volet. Ils sont classés en indicateurs de base (tirés d'une collecte d'information simple et immédiate) et en indicateurs plus élaborés (alimentés par des opérations de suivi plus complètes : visites à domicile, études CAP (Connaissances – Attitudes – Pratiques, cf. fiche 19).

- Les exemples ci-dessous concernent le VIH/sida et le paludisme. Dans le cas d'autres pathologies, le responsable de programme peut concevoir ses indicateurs en s'inspirant de la structure par thème présentée ici :
  - IEC
  - Actions de prévention
  - Dépistage et diagnostic
  - Prise en charge

• Par ailleurs, il devra veiller à :
  - Réduire au maximum le nombre d'indicateurs et ne garder que les plus pertinents ;
  - S'assurer qu'ils peuvent être effectivement alimentés.

FOCUS

Quelles ressources humaines pour assurer le suivi/évaluation ?
Le responsable de programme peut s'appuyer sur :

• Le personnel du centre médical ;
• Le responsable du personnel ;
• Les membres du service informatique et de la comptabilité ;
• Les équipes opérationnelles : superviseurs, pairs-éducateurs, agents des services techniques.

Figure 12
Les indicateurs de mise en œuvre d'un programme contre le VIH/sida

VIH/sida	Indicateurs de base	Indicateurs élaborés
EC (Information - Education - Communication)	Nombre de personnes touchées par des actions d'IEC (pièces de théâtre, causeries…), nombre de pairs éducateurs recrutés/formés/actifs (ratio / nombre d'employés), nombre de supports de formation distribués	Nombre de personnes possédant les connaissances de base sur le VIH/sida (étude CAP)
Distribution de préservatifs	Nombre de préservatifs distribués (ratio / nombre d'employés)	Disponibilité des préservatifs (nombre de jours de rupture aux points de distribution…)
Dépistage	Nombre de campagnes VCT réalisées, nombre de personnes ayant participé au dépistage	Nombre de personnes connaissant leur statut (étude CAP)
Prise en charge	Nombre de personnes inscrites à un programme médical pré-ARV, % de personnes séropositives bénéficiant d'un traitement ARV	Nombre de personnes effectivement sous traitement et prises en charge médicalement

Figure 13
Les indicateurs de mise en œuvre d'un programme contre le paludisme

Paludisme	Indicateurs de base	Indicateurs élaborés
IEC (Information - Education - Communication)	Nombre de foyers touchés par des visites à domicile, de personnes touchées par des pièces de théâtre, par des causeries, de femmes sensibilisées lors des consultations prénatales	% de personnes possédant les connaissances de base sur le paludisme (étude CAP)
Moustiquaires	Nombre de moustiquaires distribuées	Taux de couverture, taux de moustiquaires effectivement utilisées, taux de moustiquaires correctement installées
Assainissement	Tableau ou carte de suivi des sites et habitations traités, fréquence des opérations	Taux de couverture (sites traités / sites existants), taux de transmission (études entomologiques)
Contrôle biologique		
Epandages		
Fumigation		
IRS (pulvérisation intradomiciliaire)	Taux d'habitations traitées sur la zone-cible, fréquence des opérations	Absence d'indicateurs
TPI	Taux de femmes enceintes sous TPI (Traitement Préventif Intermittent)	Absence d'indicateurs
Traitement préventif (Chimioprophylaxie)	Taux d'expatriés recevant un traitement chimioprophylactique	Taux d'expatriés effectivement sous chimioprophylaxie
Diagnostic	Nombre de palu diagnostiqués suite à un diagnostic clinique	Nombre de palu diagnostiqués suite à un diagnostic biologique
Prise en charge	Nombre d'accès simples traités par ACT (traitements combinés à base d'artémisinine), nombre de malades traités pour un accès grave…	% de malades pris en charge dans les 24 heures, % de malades ayant respecté la posologie…

FOCUS

FOCUS
Il est important de reporter les différents indicateurs **au minimum tous les trimestres** et, dans l'idéal, pour chaque groupe de population (enfants de moins de 5 ans, femmes enceintes, salariés et ayants droit, population riveraine).

Evaluer la performance globale du programme grâce aux indicateurs de résultat

• L'importance d'une évaluation objective

- **En interne :** Une évaluation rigoureuse permet de souligner les réussites et bénéfices obtenus, ce qui permet de **défendre l'intérêt du programme** auprès de la direction.

Elle permet aussi de **capitaliser l'expérience acquise** dans le but de dupliquer un programme réussi ou de ne pas perdre la synthèse des leçons tirées du programme avec le départ de son responsable.

- **Pour la population-cible :** La présentation de résultats concrets permet de **soutenir la motivation** et de mettre en lumière les difficultés qui perdurent.

- **Pour les partenaires :** Les chiffres obtenus, les réalisations menées à leur terme sont les arguments les plus tranchants pour **garder leur confiance et maintenir leur engagement.** Une évaluation objective permet également un meilleur **partage d'expériences** avec d'autres entreprises, avec les autorités

sanitaires, avec les ONG... au cours d'ateliers ou de conférences qui valorisent l'implication de l'entreprise dans la mise en œuvre de programme sanitaire.

- L'évaluation de la performance se fait à l'aide d'indicateurs de résultats qui sont essentiellement des **indicateurs épidémiologiques**. Cette fiche propose deux grilles d'évaluation, l'une pour le VIH/sida, l'autre pour le paludisme.

Figure 14
Les indicateurs de résultat d'un programme contre le VIH/sida

VIH/sida	Indicateurs de base	Indicateurs élaborés
Absentéisme	Nombre de jours d'absentéisme pour cause de VIH/sida	*Absence d'indicateurs*
Prévalence	Taux de personnes séropositives	*Absence d'indicateurs*
Pratiques	*Absence d'indicateurs*	Nombre de personnes ayant des pratiques sûres, nombre de personnes ayant une attitude bienveillante à l'égard des personnes séropositives, amélioration du niveau de vie... (études CAP)
Incidence	Nombre de nouvelles infections à VIH	*Absence d'indicateurs*
	Nombre d'IST	*Absence d'indicateurs*
	Nombre de décès	*Absence d'indicateurs*

Figure 15
Les indicateurs de résultat d'un programme contre le paludisme

VIH/sida	Indicateurs de base	Indicateurs élaborés
Absentéisme	Nombre de jours d'absentéisme pour cause de paludisme	*Absence d'indicateurs*
Prévalence	*Absence d'indicateurs*	% d'individus porteurs de parasite au sein la population-cible
Transmission	*Absence d'indicateurs*	Nombre de piqûres par personne sur une période donnée (niveau de transmission)
Incidence	Nombre de consultations	*Absence d'indicateurs*
	Nombre de cas de fièvre	*Absence d'indicateurs*
	Nombre d'accès simples	*Nombre de diagnostics biologiques positifs (accès simples confirmés)*
Accès graves et mortalité	Nombre d'accès graves (hospitalisations), nombre de jours d'hospitalisation, nombre d'évacuations	*Absence d'indicateurs*
	Nombre de décès	*Absence d'indicateurs*

- Parallèlement à l'évaluation de l'impact du programme sur la santé des employés et de la population-cible, il est important de mesurer sa **performance économique** par le calcul du **retour sur investissement**, obtenu à partir de trois coûts :

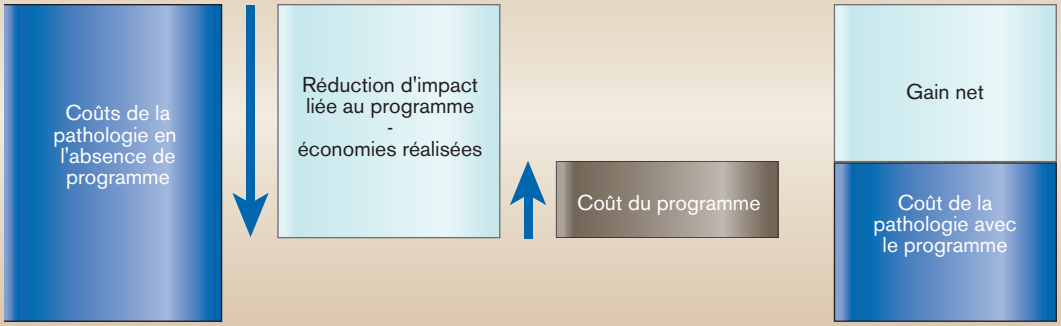
  - coût de la pathologie concernée avant le lancement du programme (cf. fiche 18) ;

  - coût actuel de la pathologie ;

  - coût total du programme.

- Le calcul du retour sur investissement (Return On Investment (ROI) : Gain net / Coût du programme = X%) se comprend plus globalement avec la présentation suivante :

Figure 16
Le gain net d'un programme


Coûts de la pathologie en l'absence de programme
Réduction d'impact liée au programme - économies réalisées
Coût du programme
Gain net
Coût de la pathologie avec le programme

- Les autres retombées (image de l'entreprise par exemple) sont plus difficilement évaluables avec des indicateurs formels.

Pour en savoir +

"Guide d'action du secteur privé contre le VIH/sida" (MSD)
http://partenairescontrelesida.org/app/download/3342307602/Fichiers+Acrobat+Blueprint.zip
Un module est spécialement consacré au suivi-évaluation et à son organisation. Le module présente un modèle de cadre logique.

DVD GBC/GTZ. "Suivi et évaluation des programmes sur le lieu de travail »
Sur demande www.gbcimpact.org
Proposition d'indicateurs de suivi-évaluation pour un programme d'entreprise contre le paludisme.

"Comment bâtir un programme santé" (Lafarge)
www.partenairescontrelesida.org
Le guide présente en annexes des exemples d'outil de suivi-évaluation utilisés par les filiales de Lafarge : cadre logique d'un programme contre le paludisme, feuilles de route VIH/sida et paludisme, tableau de bord VIH/sida.

GUIDE DES PROGRAMMES DE SANTÉ EN ENTREPRISE

PCS
Partenaires Contre le Sida

c/o TOTAL SA - Immeuble Plein Jour
12, rue Jean Jaurès
92800 Puteaux - France

www.partenairescontrelesida.org
contact@partenairescontrelesida.org

afd
Agence Française de Développement